



3 1761 11649400 6



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761116494006>

INTERPROVINCIAL CONFERENCE OF MINISTERS OF FINANCIAL INSTITUTIONS

Provinces Reach Agreement on Financial Institutions

Joint Communiqué

QUÉBEC, Québec
December 2, 1988

QUÉBEC, Québec
December 9, 1988

PROVINCIAL

AMERICAN

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

In this sense, the document is made available for the purpose of education and information only. The document is not to be used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

The Minister has also made available for the purpose of education and information only. The document is not to be used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

JOINT COMMUNIQUÉ

PROVINCES REACH AGREEMENT ON FINANCIAL INSTITUTIONS

Québec City, December 9, 1988 - The provincial ministers responsible for financial institutions reached an agreement on several major points at the inter-provincial conference held in Québec City today. The ministers acknowledge the need to facilitate the inter-provincial activities of provincially chartered institutions.

The conference chairman, Pierre Fortier, Associate Minister for Finance and Privatization in the Québec government, said he was particularly satisfied with the atmosphere and spirit of cooperation among the provinces. "This demonstrates our determination to work towards harmonizing the regulation of financial institutions. We look forward to the same opportunity for agreement and cooperation with the federal government."

In this vein, the ministers agree to set up an inter-provincial conference for the purpose of exchanging information concerning the preparation of future policies, legislation and regulation, and precisely defining areas in which provincial legislation needs to be harmonized to facilitate inter-provincial activities of financial institutions. The ministers noted that harmonization does not necessarily mean uniformity. The conference will be initially chaired by the Honourable Mel Couvelier, Minister of Finance and Corporate Relations, British Columbia.

The ministers also agreed to develop an accord for cooperation among authorities responsible for supervising financial institutions based on the principles embodied in an agreement reached by the four western provinces last October. The principles underlying this agreement are:

1. Each jurisdiction remains responsible for the control and supervision of institutions doing business within the limits of its jurisdiction and receives from each institution a copy of the financial reports required under its own legislation;
2. Each jurisdiction has primary responsibility for the supervision and control of institutions incorporated under its jurisdiction and carries out the inspections and investigations required and the interventions they may give rise to in order to correct unsatisfactory situations;
3. Each jurisdiction receives, on request, from the home jurisdiction, a report on each extra-provincial corporation authorized to do business within its jurisdiction;
4. Each jurisdiction will be required to provide, if requested by the jurisdiction in which an extra-provincial company does business, the other information required on corporations incorporated within its jurisdiction and provide access to the files;
5. Each jurisdiction will notify in advance the other jurisdictions of special examinations arising from specific concerns to avoid duplication of regulatory effort. Joint inspections may also be undertaken by jurisdictions on financial institutions operating in those jurisdictions;
6. The reports and exchanges of information mentioned in the preceding paragraphs are to be kept confidential, unless specifically agreed otherwise;

7. If a jurisdiction has serious reasons for believing the financial situation of an extra-provincial corporation doing business under its jurisdiction is critical and requires major corrective or rescue intervention, it must first notify the home jurisdiction of its reasons and its intervention plans.

Source: Bernard Motulsky

Press Attaché

Office of the Associate Minister for Finance and

Privatization

(418) 643-8574

5. Chaque juridiction avisera préalablement les autres

juridictions de toute inspection spéciale reliée à un problème particulier afin d'éviter le doublement dans la surveillance et le contrôle. Des inspections conjointes pourront également être effectuées par les juridictions sur les institutions financières opérant dans ces juridictions;

6. Les rapports et échanges d'information prévus aux paragraphes précédents devraient être tenus confidentiels, à moins d'entente spécifique;

7. Si une juridiction a des motifs sérieux de croire que la situation financière d'une société extra-provinciale qui fait affaires sous sa juridiction est critique et requiert une intervention majeure de redressement ou de sauvetage, elle doit d'abord faire état de ses motifs et de ses plans d'intervention à la juridiction d'origine.

- 30 -

Source: Bernard Motulsky

Attaché politique et responsable des communications
Cabinet du Ministre du Québec, délégué aux Finances
et à la Privatisation

(418) 643-8574

- Finallement, les ministres ont convenu d'élaborer une entente de collaboration entre les organismes de surveillance des institutions financières sur la base des principes de l'entente conclue entre les quatre provinces de l'Ouest en octobre dernier. Les principes sous-jacents à cette entente sont les suivants:
1. Chaque juridiction demeure responsable du contrôle et de la surveillance des institutions qui font affaires dans les limites de sa juridiction et reçoit de chaque institution copie des rapports financiers exigés par sa propre législation;
 2. Chaque juridiction est responsable en premier lieu de la surveillance et du contrôle des institutions incorporées sous sa juridiction et procède aux inspections et enquêtes requises et aux interventions qui en découlent dans le but de régulariser les situations non satisfaisantes;
 3. Chaque juridiction reçoit, sur demande, de la juridiction d'origine, un rapport sur chaque société extra-provinciale autorisée à faire affaires dans les limites de sa juridiction;
 4. Chaque juridiction sera tenue de fournir, sur demande, de la juridiction dans laquelle une compagnie extra-provinciale fait affaires, les autres informations requises sur les sociétés incorporées dans sa juridiction et permettre l'accès au dossier;

ENTENTE ENTRE LES PROVINCES SUR LES INSTITUTIONS FINANCIÈRES

Québec, le 9 décembre 1988 - Les ministres provinciaux responsables des institutions financières se sont entendus sur plusieurs points importants lors de la conférence inter-provinciale tenue à Québec aujourd'hui. Les ministres ont convenu de la nécessité de faciliter l'activité inter-provinciale des sociétés à charte provinciale.

Le président de la conférence, monsieur Pierre Fortier, ministre délégué aux Finances et à la Privatisation au gouvernement du Québec, s'est déclaré particulièrement satisfait de l'atmosphère et de l'esprit de collaboration entre les provinces. "Nous démontrons ainsi notre volonté de travailler à l'harmonisation des législations en matière d'institutions financières et nous souhaitons retrouver le même esprit d'entente et de collaboration avec le gouvernement fédéral."

A cet effet, les ministres se sont mis d'accord pour organiser une conférence inter-provinciale destinée à échanger de l'information concernant l'élaboration des politiques, des législations et des réglementations futures et à définir avec précision les domaines dans lesquels les législations provinciales devront s'harmoniser afin de faciliter les activités inter-provinciales des institutions financières. Les ministres ont souligné qu'harmonisation ne signifie pas uniformisation. La conférence sera dans un premier temps présidée par monsieur Mel Couveller, ministre des Finances de la Colombie-Britannique.

CONFÉRENCE INTERPROVINCIALE DES MINISTRES DES
INSTITUTIONS FINANCIÈRES

Entente entre les provinces sur les
institutions financières

Communiqué conjoint

QUÉBEC (Québec)
Le 9 décembre 1988

22.12.88

DOCUMENT: 860-230/014

CONFÉRENCE INTERPROVINCIALE DES MINISTRES
DES INSTITUTIONS FINANCIÈRES

INTERPROVINCIAL CONFERENCE OF MINISTERS
OF FINANCIAL INSTITUTIONS

QUÉBEC (Québec)
Le 9 décembre 1988

QUÉBEC, Québec
December 9, 1988

LIST OF PUBLIC DOCUMENTS

LISTE DES DOCUMENTS PUBLICS

DOCUMENT NO. DOCUMENT	SOURCE ORIGINE	TITLE TITRE
		<u>COMMUNIQUÉ CONJOINT</u> <u>JOINT COMMUNIQUÉ</u>
0-230/012	Conférence	Entente entre les provinces sur les institutions financières
	Conference	Provinces Reach Agreement on Financial Institutions
0-230/014	Secrétariat	Liste des documents publics
	Secretariat	List of Public Documents

CA 1
Z 4
- C52

PROVINCIAL-TERRITORIAL MEETING OF MINISTERS OF HEALTH
AND MINISTERS OF FINANCE

Communiqué

MONCTON, New Brunswick
February 7, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

COMMUNIQUE

FINANCING HEALTH CARE EXPENDITURES:

THE NEED FOR A COMMON APPROACH

THE MINISTERS OF HEALTH AND THE MINISTERS OF FINANCE OF THE PROVINCES AND TERRITORIES, REQUESTED BY THEIR PREMIERS, HAVE MET TOGETHER TO DISCUSS THE FUNDING OF HEALTH CARE SERVICES IN CANADA. THE SPECIAL NATURE OF THIS EVENT SHOWS HOW IMPORTANT THIS ISSUE IS IN ALL PARTS OF CANADA.

PROVINCIAL HEALTH CARE PLANS COVER EVERY CANADIAN CITIZEN, PROVIDING ACCESS TO QUALITY HEALTH CARE, REGARDLESS OF INDIVIDUAL FINANCIAL CIRCUMSTANCES. CANADIANS VALUE THESE PLANS AND ARE AWARE OF THE PHYSICAL AND FINANCIAL SECURITY THEY PROVIDE. CANADIANS RIGHTLY CONSIDER THEM AN ESSENTIAL COMPONENT OF THE TRADITION OF SHARING WHICH IS CHARACTERISTIC OF OUR COUNTRY.

MINISTERS FOCUSSED THEIR ATTENTION ON THE PROBLEMS FACING THE HEALTH CARE SYSTEM AND THE NEED TO TAKE A CONCERTED COLLECTIVE APPROACH TO ADDRESSING SOLUTIONS.

SPECIFICALLY, THE MINISTERS ADDRESSED THE FOLLOWING:

1. THE NEED FOR PUBLIC AWARENESS OF THE ISSUES BEING FACED BY GOVERNMENTS AND OF THE INDIVIDUAL AND COLLECTIVE APPROACHES THEY MAY TAKE TO BRING A BALANCE TO FINANCING HEALTH CARE;
2. THE NEED FOR PROVINCES TO FIND WAYS AND MEANS TO MANAGE AND CONTAIN THE RAPID ESCALATION IN HEALTH COSTS; AND
3. THE NEED FOR THE FEDERAL GOVERNMENT TO PREVENT FURTHER EROSION OF ITS SUPPORT FOR THE SYSTEM.

MINISTERS ARE CONCERNED WITH THE FACT THAT THE HEALTH CARE SYSTEM, CONSIDERED TO BE ONE OF THE BEST IN THE WORLD IS BEING AFFECTED AND ITS QUALITY IN THE FUTURE THREATENED BY CURRENT PRESSURES ON THAT SYSTEM.

THE HEALTH CARE SECTOR IS AN AREA OF PROVINCIAL JURISDICTION AND PROVINCES ARE SEEKING INNOVATIVE APPROACHES TO DEVELOP AFFORDABLE SOLUTIONS TO ACCESSIBLE AND APPROPRIATE QUALITY CARE. IN FACT PROVINCES HAVE TAKEN STEPS TO MANAGE THE SYSTEM BETTER, SOME THROUGH IMPROVED CONTROL OF MEDICAL MANPOWER, OTHERS BY IMPLEMENTING TECHNOLOGY ASSESSMENT TOOLS, AND BY HOLDING CONSULTATIONS ON THE NEEDS OF THE POPULATION. IN ADDITION THERE IS A WILLINGNESS AMONGST PROVINCES TO COOPERATE AND TO IMPLEMENT COMPLEMENTARY STRATEGIES, WITHOUT COMPROMISING INDIVIDUAL NEEDS, FLEXIBILITIES AND PRIORITIES.

PROVINCES AND TERRITORIES HAVE LONG RECOGNIZED THE IMPORTANCE OF A PARTNERSHIP AMONG THEMSELVES IN ORDER TO ADDRESS THE PROBLEMS IN DELIVERING HEALTH CARE THAT THEY ARE FACING IN THEIR RESPECTIVE PROVINCES. THEY ALSO UNDERScoreD THE IMPORTANCE OF THE FEDERAL GOVERNMENT JOINING THEM IN ADDRESSING FUNDING OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN VIEW OF THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT IN FUNDING HEALTH CARE.

FOR MORE THAN 30 YEARS, THE FEDERAL GOVERNMENT AND THE PROVINCES HAVE BEEN PARTNERS IN ESTABLISHING AND MAINTAINING PUBLIC HEALTH CARE PLANS THROUGHOUT THE COUNTRY.

SINCE 1977, THE FEDERAL GOVERNMENT HAS CONTRIBUTED TO PROVINCIAL HEALTH CARE AND POST-SECONDARY EDUCATION EXPENDITURES UNDER ESTABLISHED PROGRAMS FINANCING (EPF).

HOWEVER, FOR SOME YEARS NOW, AND ESPECIALLY SINCE 1982, THE FEDERAL GOVERNMENT HAS BEEN RESTRAINING ITS FINANCIAL ASSISTANCE TO THE PROVINCES AND CONSEQUENTLY ITS SHARE OF PROVINCIAL HEALTH CARE SPENDING. THE VARIOUS RESTRICTIVE MEASURES IN EPF HAVE ENABLED THE FEDERAL GOVERNMENT TO REALIZE SAVINGS OF MORE THAN \$11 BILLION FROM 1982-1983 TO 1988-1989.

THE PROVINCIAL AND TERRITORIAL HEALTH AND FINANCE MINISTERS LOOK FORWARD TO MEETING WITH THEIR FEDERAL COUNTERPARTS TO DISCUSS THE CONTINUATION OF A COOPERATIVE APPROACH TO FUNDING HEALTH CARE SERVICES IN CANADA.

MORE SPECIFICALLY, THE PROVINCIAL AND TERRITORIAL HEALTH AND FINANCE MINISTERS ASK THE FEDERAL GOVERNMENT TO AT LEAST INDEX ITS EPF CONTRIBUTION BASED ON THE GROWTH OF OUR COLLECTIVE WEALTH, THAT IS, GNP.

FOR THEIR PART, THE PROVINCES AND TERRITORIES WILL CONTINUE TO WORK TOGETHER TO FIND SOLUTIONS TO THE CHALLENGE OF MAINTAINING AND IMPROVING CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM. HEALTH MINISTERS WILL DISCUSS IN PRIORITY THESE ISSUES AT THEIR MEETING IN QUÉBEC IN SEPTEMBER 1989.

CA 1
Z 4
C 52

RÉUNION PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES DE LA SANTÉ
ET DES MINISTRES DES FINANCES

Communiqué

MONCTON (Nouveau-Brunswick)
le 7 février 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

COMMUNIQUÉ

LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ :

LA NÉCESSITÉ D'UN EFFORT CONCERTÉ

LES MINISTRES DE LA SANTÉ ET LES MINISTRES DES FINANCES DES PROVINCES ET TERRITOIRES SE SONT RÉUNIS, A LA DEMANDE DE LEURS PREMIERS MINISTRES RESPECTIFS, AFIN DE DISCUTER DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA. LA NATURE SPÉCIALE DE CETTE RENCONTRE MONTRE L'IMPORTANCE QUE REVÊT CETTE QUESTION DANS TOUTES LES PARTIES DU CANADA.

LES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ VISENT TOUS LES CITOYENS CANADIENS ET LEUR DONNENT ACCÈS A DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ QUELLE QUE SOIT LEUR SITUATION FINANCIÈRE. LES CANADIENS SONT CONSCIENTS DE LA VALEUR DE CES RÉGIMES, C'EST-A-DIRE DE LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE ET PHYSIQUE QU'ILS LEUR PROCURENT. ILS LES CONSIDÈRENT A JUSTE TITRE COMME UN ÉLÉMENT ESSENTIEL DE LA TRADITION DE PARTAGE QUI CARACTÉRISE NOTRE PAYS.

LES MINISTRES SE SONT PENCHÉS SUR LES PROBLÈMES LIÉS AU SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ ET SUR LA NÉCESSITÉ D'UN EFFORT CONCERTÉ POUR Y REMÉDIER.

LES MINISTRES ONT DISCUTÉ PLUS PARTICULIÈREMENT DES POINTS SUIVANTS :

1. LA NÉCESSITÉ DE SENSIBILISER LE PUBLIC A L'ÉGARD DES PROBLÈMES ÉPROUVÉS PAR LES GOUVERNEMENTS ET DES MESURES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES POUVANT ÊTRE PRISES POUR ASSURER UN ÉQUILIBRE DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ;
2. LA NÉCESSITÉ POUR LES PROVINCES DE TROUVER DES MOYENS DE GÉRER ET CONTENIR L'AUGMENTATION RAPIDE DES COUTS RELATIFS A LA SANTÉ;
3. LA NÉCESSITÉ POUR LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL D'ÉVITER TOUTE RÉDUCTION ADDITIONNELLE AU SOUTIEN QU'IL ASSURE AU SYSTÈME.

LES MINISTRES S'INQUIÈTENT DU FAIT QUE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ, PERÇU COMME L'UN DES MEILLEURS AU MONDE, EST MENACÉE PAR LES DIVERSES PRESSIONS QUI S'EXERCENT SUR LUI.

LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ RELÈVE DE LA COMPÉTENCE DES PROVINCES ET CELLES-CI CHERCHENT DES MOYENS NOVATEURS EN VUE DE PERMETTRE L'ACCÈS A DES SOINS APPROPRIÉS ET DE QUALITÉ. EN FAIT, ELLES ONT PRIS DES MESURES EN VUE D'ASSURER UNE MEILLEURE GESTION DU SYSTÈME, CERTAINES PAR UN CONTROLE PLUS EFFICACE DE LA MAIN-D'OEUVRE MÉDICALE, D'AUTRES PAR LA MISE EN OEUVRE DE MÉCANISMES D'ÉVALUATION DE LA TECHNOLOGIE ET PAR DES CONSULTATIONS PUBLIQUES PERMETTANT DE DÉTERMINER LES BESOINS DE LA POPULATION. LES PROVINCES ONT MANIFESTÉ EN OUTRE UNE VOLONTÉ DE COLLABORER ET D'ASSURER LA MISE EN OEUVRE DE STRATÉGIES COMPLÉMENTAIRES, SANS COMPROMETTRE LES BESOINS DES INDIVIDUS, LA FLEXIBILITÉ DU SYSTÈME ET LES PRIORITÉS.

LES MINISTRES DES PROVINCES ET TERRITOIRES ONT RECONNU A QUEL POINT IL IMPORTE DE S'ASSOCIER POUR RÉGLER LES DIFFICULTÉS LIÉES A LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LEUR PROVINCE RESPECTIVE. ILS ONT ÉGALEMENT SOULIGNÉ L'IMPORTANCE DE POUVOIR COMPTER SUR UNE PARTICIPATION FÉDÉRALE DANS LES DISCUSSIONS PORTANT SUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ, COMPTE TENU DU RÔLE QU'IL EXERCE ACTUELLEMENT A CET ÉGARD.

LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET LES PROVINCES COLLABORENT DEPUIS PLUS DE 30 ANS POUR ASSURER L'ÉTABLISSEMENT ET LE MAINTIEN DES RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-SANTÉ A TRAVERS LE PAYS.

DEPUIS 1977, LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL PARTICIPE AU FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE L'ENSEIGNEMENT POSTSECONDAIRE PAR LE BIAIS DU FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS (FPE).

MAIS DEPUIS DÉJÀ UN CERTAIN NOMBRE D'ANNÉES, ET SURTOUT DEPUIS 1982, LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL RESTREINT L'APPUI FINANCIER QU'IL ACCORDE AUX PROVINCES ET PAR LE FAIT MÊME SA PARTICIPATION AUX DÉPENSES DE SANTÉ DANS LES PROVINCES. LES DIVERSES MESURES RESTRICTIVES PRISES A L'ÉGARD DU FPE ONT PERMIS AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DE RÉALISER DES ÉCONOMIES S'ÉLEVANT A PLUS DE 11 MILLIARDS DE DOLLARS DE 1982-1983 A 1988-1989.

LES MINISTRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ ET DES FINANCES ESPÈRENT RENCONTRER LEURS HOMOLOGUES FÉDÉRAUX AFIN DE DISCUTER DE LA POURSUITE DE LEUR EFFORTS COLLECTIFS EN VUE DE RÉGLER LE PROBLÈME DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA.

LES MINISTRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ ET DES FINANCES DEMANDENT NOTAMMENT AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL D'INDEXER A TOUT LE MOINS SA CONTRIBUTION AU FPE SELON LE RYTHME D'ACCROISSEMENT DE LA RICHESSE COLLECTIVE, SOIT LE PNB.

DE LEUR COTÉ, LES PROVINCES ET TERRITOIRES CONTINUERONT A COLLABORER POUR LA RECHERCHE DE SOLUTIONS QUI LEUR PERMETTRONT DE RELEVER LE DÉFI AUQUEL ILS FONT FACE, C'EST-A-DIRE PRÉSERVER ET AMÉLIORER LE SYSTÈME CANADIEN DES SOINS DE SANTÉ. LES MINISTRES DE LA SANTÉ DISCUTERONT DE CES QUESTIONS EN PRIORITÉ A LA RÉUNION QUI DOIT AVOIR LIEU A QUÉBEC EN SEPTEMBRE 1989.

CA 1
Z 4
- C52

DOCUMENT: 860-232/007

PROVINCIAL-TERRITORIAL MEETING OF MINISTERS OF HEALTH
AND MINISTERS OF FINANCE

RÉUNION PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES DE LA SANTÉ
ET DES MINISTRES DES FINANCES


MONCTON, New Brunswick
February 7, 1989

MONCTON, Nouveau-Brunswick
le 7 février 1989

LIST OF PUBLIC DOCUMENTS

LISTE DES DOCUMENTS PUBLICS

DOCUMENT NO. DU DOCUMENT	SOURCE ORIGINE	TITLE TITRE
860-232/005	Conference	Communiqué
	Conférence	Communiqué
860-232/007	Secretariat	List of public documents
	Secrétariat	Liste des documents publics



CA 1

Z 4

- C52

26TH ANNUAL CONFERENCE OF THE COUNCIL OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR TRANSPORTATION AND HIGHWAY SAFETY

Communiqué

Nationwide Computer Link for
Driver and Vehicle Data

Calgary, Alberta
September 20-21, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

FOR IMMEDIATE RELEASE
21/09/89

Nationwide Computer Link for Driver and Vehicle Data ✓

CALGARY -- A computerized system which can transmit driver and vehicle information from any province and territory to another in seconds is now up and running.

The Interprovincial Record Exchange (IRE), the first network of its kind in the world, was inaugurated today by the Council of Ministers Responsible for Transportation and Highway Safety.

The system enables motor vehicle administrators to inquire on an individual driver's licence and vehicle registration in another jurisdiction. For example, a former Manitoba resident applying for a driver licence or vehicle registration in Quebec will have his Manitoba record verified instantaneously through on-screen display in the Quebec licencing office.

The Interprovincial Record Exchange was developed by the Canadian Council of Motor Transport Administrators in response to the need for on-line exchange of motor vehicle information which has been evident since the 1970's. Manual exchange of information could not keep up with stolen vehicle registrations, driver suspensions and other information required.

The Interprovincial Record Exchange ushers in a new era of progress in the field of transportation and highway safety.

The system as inaugurated by the Ministers is only the beginning of the project. The current stage, Phase I, provides for the exchange of driver licence and vehicle information and will ensure compliance with the Single Driver Licence Concept. Future considerations will be given to enhancements to the system and exchange of other pertinent information.

IRE began as a pilot project requested by the Council of Ministers in 1985. The success of the pilot opened the door for a larger scale undertaking. In 1986, the Council of Ministers decided that a network be implemented on a national basis. The project was funded by Transport Canada, the provinces and the territories at a nation-wide cost of \$ 2.2 million.

The project turned out to be a major task. Each province and territory had different configurations of computer hardware and software and individual data bases unique to their work environment. The solution opted for was a central switching computer, or switcher, to relay otherwise incompatible information back and forth between jurisdictions.

The switcher, a Tandem computer housed at the Régie de l'assurance automobile du Québec, will eventually be capable of routing up to 12 million transactions per year. The technical expertise, systems development and coordination was provided by each jurisdiction's technical team, Systems Network Inc. and CACI Ltd.

FOR MORE INFORMATION, CONTACT AUDREY LAVOIE AT THE CCMTA
SECRETARIAT: TÉL. (613) 526-0550.

Document: 860-233/014

**26E CONFÉRENCE ANNUELLE DU CONSEIL DES MINISTRES
RESPONSABLES DU TRANSPORT ET DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE**

Communiqué

Lien informatisé pan-canadien pour l'échange de données
sur les conducteurs et les véhicules

Calgary (Alberta)
Les 20 et 21 septembre 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

Lien informatisé pan-canadien pour l'échange de données sur les conducteurs et les véhicules

CALGARY -- Un nouveau système informatisé permettant d'échanger en quelques secondes des renseignements sur les conducteurs et les véhicules est maintenant opérationnel à la grandeur du pays.

Premier réseau de ce genre au monde, l'Échange interprovincial de dossiers (EID) a été inauguré aujourd'hui par le Conseil des ministres responsables des transports et de la sécurité routière.

Le système permet aux administrateurs des véhicules automobiles d'obtenir des informations sur le permis ou l'immatriculation du véhicule d'un conducteur d'une autre administration. Par exemple, un ancien résident du Manitoba faisant une demande de permis ou de certificat d'immatriculation au Québec verrait son dossier vérifié instantanément par affichage à l'écran au Québec.

L'Échange interprovincial de dossiers a été développé par le Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé en réponse au besoin d'échange rapide de données entre administrations, l'échange manuel d'informations ne suffisant plus à répondre à leurs besoins depuis plusieurs années.

L'Échange interprovincial de dossiers vient donc paver la voie à une nouvelle ère de progrès dans le domaine des transports et de la sécurité.

Le système tel qu'inauguré par les ministres ne représente que le début du projet. Le stade actuel, phase I, qui prévoit l'échange d'information sur les permis de conduire et l'immatriculation des véhicules, assurera notamment l'application du concept du permis de conduire exclusif à travers le pays. De nouvelles fonctions et l'échange d'autres données pertinentes pourront venir s'ajouter au système dans l'avenir.

L'EID a vu le jour sous la forme d'un projet-pilote amorcé en 1985 sur demande du Conseil des ministres. En 1986, le Conseil des ministres décidait de la mise en place d'un réseau pan-canadien. L'initiative a été financée par Transports Canada, les provinces et les territoires à un coût national de 2,2 millions \$.

Le projet est d'envergure. Chaque province et territoire possède son matériel et ses logiciels propres et des bases de données adaptées à son environnement de travail particulier. Une unité de commutation centrale, ou aiguilleur, permet de relayer les données aux administrations.

L'aiguilleur, un ordinateur Tandem logé à la Régie de l'assurance automobile du Québec, pourra traiter 12 millions de transactions par année. L'expertise technique, le développement des systèmes et la coordination ont été assurés par l'équipe technique de chaque administration, Systems Network Inc. et CACI Ltée.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS, COMMUNIQUER AVEC AUDREY LAVOIE AU SECRETARIAT DU CCATM : TÉL. (613) 526-0550.

CA1
Z 4
-C 52

Document: 860-233/020

26TH ANNUAL CONFERENCE OF THE COUNCIL OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR TRANSPORTATION AND HIGHWAY SAFETY



Resolution on National Passenger Transportation Policy

Ontario

Calgary, Alberta
September 20-21, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

RÉSOLUTION CONCERNANT LA POLITIQUE NATIONALE SUR LE TRANSPORT DES PASSAGERS

Suite à l'adoption d'une résolution concernant Via Rail, les ministres provinciaux et territoriaux responsables des transports et de la sécurité routière recommandent au ministre fédéral des Transports :

d'entreprendre des consultations quant à l'avenir d'un réseau national intégré et équilibré de transport de passagers mettant en cause les systèmes de transport routier, ferroviaire, aérien et maritime du Canada.

Document: 860-233/020
Traduction du Secrétariat

**26E CONFÉRENCE ANNUELLE DU CONSEIL DES MINISTRES
RESPONSABLES DU TRANSPORT ET DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE**

Résolution concernant la politique nationale
sur le transport des passagers

Ontario

Calgary (Alberta)
Les 20 et 21 septembre 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

RESOLUTION ON NATIONAL PASSENGER TRANSPORTATION POLICY

Further to the Resolution adopted on Via Rail, the Provincial and Territorial Ministers Responsible for Transportation and Highway Safety recommend to the federal Minister of Transport, that:

Consultation be undertaken on the future of an integrated and balanced national passenger transportation network involving road, rail, air and water systems in Canada.

Document: 860-233/024

26TH ANNUAL CONFERENCE OF THE COUNCIL OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR TRANSPORTATION AND HIGHWAY SAFETY

Communiqué

Calgary, Alberta
September 20-21, 1989

COMMUNIQUE

The Council of Ministers Responsible for Transportation and Highway Safety has agreed on highway safety priorities for the next five years, and on future actions on the National Highway Policy. They discussed agreements on the Canadian Driver Licence Compact and on regulatory changes affecting heavy truck weights and dimensions.

As well, the Provincial and Territorial Ministers unanimously passed a resolution requesting the Federal Minister put a moratorium on the Via Rail decision until consultations with all interested parties have taken place on the impacts of decisions. The Ministers expressed great concern that a decision would be taken with respect to Via Rail and its future in the absence of full and frank consultation with the Provinces.

The Federal Minister indicated that the country can no longer afford ever increasing subsidies to a mode of transportation which is no longer the preferred mode of travellers. He further stated that he had received both VIA's five year plan and Review 1989. Cabinet will be making its decision in due course.

The Ministers accepted a second phase report on a National Highway Policy study which evaluates the benefits and costs of upgrading the national highway system to minimum standards. Phase 3 will review the highway funding mechanisms employed in Canada and other countries and will also include public review of the phase 2 report, and seek as soon as possible federal intention in this matter of national transportation significance.

The Federal Minister expressed interest in learning the intentions of his provincial counterparts with respect to the national highway system and indicated that he would be examining his options in the context of an integrated transportation policy for Canada.

The Canadian Driver Licence Compact, which allows the exchange of driver record information between jurisdictions, will proceed and a formal agreement will be signed in 1990. This will allow each jurisdiction to apply penalties for violations committed outside the home province or territory. The Ministers inaugurated the Interprovincial Record Exchange, which provides for electronic transmission of driver and vehicle information among all Canadian jurisdictions.

The Provincial and Territorial Ministers agreed to prepare by February 1990 a report on the impact of the Federal Goods and Services Tax on transportation within each jurisdiction. They also requested that the Federal Minister prepare a similar national report.

The Federal Minister of Transport noted that an extensive pattern of consultation was underway through the release for comment of the technical paper on the Goods and Services Tax by the Minister of Finance and a full-scale parliamentary committee review of the GST. The Minister encouraged his provincial colleagues to take advantage of these avenues to present their views.

Provincial and Territorial Ministers requested that they be part of a review of the National Transportation Agency (NTA) consultation on the essential rail network criteria particularly with respect to what modifications are required to support regional development.

The Federal Minister indicated that last year he had asked the NTA, as part of its first annual review, to seek the views of all interested parties including provincial governments, regarding the criteria needed to define the essential rail network in any given region. The NTA has submitted its report which was tabled in the House on June 6, 1989. The Minister noted that the NTA

report had been distributed and indicated that he would be willing to receive further comments from his provincial colleagues about essential rail networks.

The Ministers accepted a report from the Canadian Council of Motor Transport Administrators which identified use of occupant restraints and impaired driving countermeasures as the top highway safety priorities for Canada. Approval was granted to proceed with programs aimed at increasing driver seat belt use to 95% by 1995 from the present 75% across Canada as well as reducing the number of traffic fatalities involving impaired drivers by 20% over the next five years.

The Ministers also reviewed a number of amendments to the current RTAC Weights and Dimensions Agreement, with implementation scheduled in July 1990.

Document: 860-233/024
Traduction du Secrétariat

26E CONFÉRENCE ANNUELLE DU CONSEIL DES MINISTRES
RESPONSABLES DU TRANSPORT ET DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Communiqué

Calgary (Alberta)
Les 20 et 21 septembre 1989

COMMUNIQUÉ

Le Conseil des ministres responsables des transports et de la sécurité routière a convenu des priorités canadiennes en matière de sécurité routière pour les cinq prochaines années et des mesures à prendre en vue de la mise sur pied d'une politique routière nationale. Les ministres ont de plus discuté de l'Accord canadien sur les permis de conduire et d'une entente prescrivant des modifications à la réglementation des poids et dimensions des véhicules lourds.

Par ailleurs, les ministres provinciaux et territoriaux ont adopté à l'unanimité une résolution demandant au ministre fédéral de mettre en place un moratoire concernant toute décision touchant Via Rail avant la tenue de consultations avec toutes les parties intéressées. Les ministres ont dit souhaiter fortement que toute décision touchant l'avenir de Via Rail ne se prenne sans la tenue de consultations franches et complètes avec les provinces.

Le ministre fédéral a indiqué que le pays ne peut plus se permettre d'accorder des subventions sans cesse croissantes à un moyen de transport qui n'a plus la faveur de la population. Il a de plus déclaré qu'il avait reçu le plan quinquennal de Via ainsi que la revue de 1989. Le Cabinet annoncera sa décision à ce sujet en temps et lieu.

Les ministres ont par ailleurs accepté un rapport sur la phase II de l'étude sur la politique routière nationale qui évalue les avantages et les coûts associés à

l'amélioration du réseau routier national pour qu'il réponde aux normes minimum. Dans le cadre de la phase III, on étudiera les divers modes de financement en vigueur au Canada et ailleurs, on tiendra des consultations publiques sur la phase II, et l'on cherchera dans les plus brefs délais à connaître les intentions du gouvernement fédéral à l'égard de cette question d'intérêt national.

Le ministre fédéral a dit vouloir être informé des intentions de ses homologues provinciaux en ce qui a trait au réseau routier national et a indiqué qu'il étudierait les différentes options qui s'offrent à lui dans l'optique d'une politique intégrée des transports pour le Canada.

L'Accord canadien sur les permis de conduire, qui prévoit l'échange des renseignements figurant aux dossiers des conducteurs entre administrations, doit se concrétiser et une entente officielle sera signée à cet effet en 1990. Il permettra aux administrations d'appliquer des sanctions aux conducteurs trouvés coupables d'infractions dans une autre administration. Les ministres ont d'ailleurs procédé à l'inauguration de l'Échange interprovincial de dossiers, système informatisé s'inscrivant dans le cadre de l'Accord sur les permis de conduire qui permet la transmission électronique des renseignements sur les conducteurs et les véhicules entre les douze administrations canadiennes.

Les ministres provinciaux et territoriaux ont de plus convenu de préparer pour février 1990 un rapport sur les répercussions de la taxe de vente fédérale sur les produits et services (TPS) sur l'industrie du transport au sein de leur

administration respective. Ils ont également demandé au ministre fédéral de procéder à la préparation d'un rapport national similaire.

Ce dernier a fait remarquer que des consultations exhaustives étaient en cours. Ainsi, le ministre fédéral des Finances a publié pour commentaires un document technique sur la taxe fédérale et un comité parlementaire regroupant tous les intéressés a été chargé d'étudier la question de la TPS. Le ministre a encouragé ses homologues provinciaux à profiter de ces occasions pour faire part de leurs points de vue.

Les ministres provinciaux et territoriaux ont demandé de prendre part à l'examen qu'effectue l'Office national des transports (ONT) sur les critères relatifs au réseau ferroviaire essentiel, particulièrement en ce qui touche les modifications requises pour appuyer le développement économique régional.

Le ministre fédéral a indiqué qu'il avait demandé l'an passé à l'ONT, dans le cadre de sa première revue annuelle, de recueillir les points de vue de toutes les parties intéressées, y compris les gouvernements provinciaux, en ce qui a trait aux critères servant à déterminer les réseaux ferroviaires essentiels dans une région donnée. Le rapport en question a été déposé à la Chambre des communes le 6 juin 1989. Le ministre a fait remarquer que le rapport a été distribué et a indiqué qu'il était disposé à recevoir de plus amples commentaires de ses collègues provinciaux concernant les réseaux ferroviaires essentiels.

Les ministres ont endossé un rapport du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé faisant de l'usage des mécanismes de retenue et de la lutte contre la conduite avec facultés affaiblies les priorités canadiennes absolues en termes de sécurité routière. Tous ont donné leur appui à l'établissement de programmes destinés à faire passer le taux de port de la ceinture par les conducteurs de 75 % qu'il est actuellement à 95 % d'ici 1995, et à diminuer de 20 % l'incidence des mortalités routières associées à la conduite avec facultés affaiblies au cours des cinq prochaines années.

Des modifications à apporter à l'entente sur les poids et dimensions des véhicules de l'ARTC ont finalement été revues. L'entrée en vigueur de l'entente est prévue pour juillet 1990.

26TH ANNUAL CONFERENCE OF THE COUNCIL OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR TRANSPORTATION AND HIGHWAY SAFETY

26E CONFÉRENCE ANNUELLE DU CONSEIL DES MINISTRES
RESPONSABLES DU TRANSPORT ET DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

CALGARY, Alberta
September 20-21, 1989

CALGARY (Alberta)
Les 20 et 21 septembre 1989

LIST OF PUBLIC DOCUMENTS

LISTE DES DOCUMENTS PUBLICS

DOCUMENT NO. NUMÉRO DU DOCUMENT	SOURCE ORIGINE	TITLE TITRE
860-233/014	Nationwide Computer Link for Driver and Vehicle Data	Communiqué
	Lien informatisé pan-canadien pour l'échange de données sur les conducteurs et les véhicules	Communiqué
860-233/024		Communiqué
		Communiqué
860-233/030	Secretariat Secrétariat	Public List of Documents Liste des documents publics

CA 1
Z 4
- C52

DOCUMENT: 860-234/019

PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR SPORT AND RECREATION

Communiqué

Conference

HALIFAX, Nova Scotia
October 24, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

Canada's provincial and territorial ministers responsible for sport and recreation met in Halifax today (October 24, 1989) and dealt with a number of issues that will influence and impact the development of sport and recreation in this country.

The ministers considered the issue of doping and banned practices in sport and have agreed that provincial-territorial consensus and consistency is necessary to ensure effective doping control. The ministers agreed to adopt common principles to guide future policy development and to work with the federal government in addressing this issue. A detailed plan of action will follow the release of the Dubin Inquiry and an analysis of its report and recommendations.

A paper generated by Quebec dealing with violence, fair play and safety in sport will be presented during the federal-provincial-territorial conference on Wednesday.

Recognizing the national concern for rising health costs the ministers offered their support and cooperation in identifying the health and lifestyle benefits of sport and recreation.

The provincial-territorial group has agreed with a request from the Yukon that it be a full participant in hosting a winter games during the next cycle of Canada Games.

The Ministers reinforced their commitment to the Canada Games as valuable to national unity and recognized the critical and pivotal role that volunteers play in the development and implementation of Canada Games. In an effort to strengthen the Games, the provincial-territorial ministers are looking toward long-range development and planning for Canada Games, and recognize the Games' marketing and promotional potential.

The 1990 Conference of Ministers Responsible for Sport and Recreation will be held in Ontario.

On Wednesday, October 25, 1989 the provincial and territorial ministers will be joined for federal-provincial-territorial discussions by their federal counterpart Fitness and Amateur Sport Minister, Jean Charest.

DOCUMENT: 860-234/019

**CONFERENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES
RESPONSABLES DU SPORT ET DES LOISIRS**

Communiqué de presse

Conférence

**HALIFAX (Nouvelle-Ecosse)
le 24 octobre 1989**

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

Les ministres des provinces et des territoires responsables du sport et des loisirs se sont réunis aujourd'hui le 24 octobre 1989, à Halifax, pour aborder un certain nombre de questions qui auront une influence sur le développement du sport et des loisirs au Canada.

Les ministres se sont penchés sur la question du dopage et des pratiques interdites dans le sport et ont convenu que les provinces et les territoires devaient parvenir à un consensus et adopter des mesures uniformes de contrôle du dopage dans le sport. Ils ont décidé d'adopter des principes communs en vue de l'élaboration de toute politique future sur ce sujet et de collaborer avec le gouvernement fédéral pour régler ce problème. Un plan d'action détaillé fera suite au dépôt du rapport de la Commission d'enquête Dubin ainsi qu'une analyse du rapport et de ses recommandations.

Un document préparé par le Québec sur la violence, l'esprit sportif et la sécurité dans le sport sera présenté mercredi, à la conférence fédérale-provinciale-territoriale.

En raison de la hausse des coûts de la santé au Canada, les ministres ont offert leur appui et leur collaboration pour déterminer les avantages du sport et des loisirs pour la santé et la qualité de la vie.

Les ministres des provinces et les territoires ont accueilli favorablement la demande du Yukon d'être l'hôte de jeux d'hiver durant le prochain cycle des Jeux du Canada.

Les ministres ont réitéré leur engagement envers les Jeux du Canada qu'ils jugent importants pour l'unité nationale et ont reconnu le rôle clé joué par les bénévoles dans la préparation et le déroulement des Jeux. En vue d'améliorer les Jeux, les ministres des provinces et des territoires envisagent de mener des

travaux de planification et d'organisation à long terme tout en reconnaissant les avantages des jeux sur le plan de la promotion et de la commercialisation.

La Conférence de 1990 des ministres responsables du sport et des loisirs aura lieu en Ontario.

Le mercredi 25 octobre 1989, le ministre de la Condition physique et du Sport amateur, M. Jean Charest, se joindra aux ministres provinciaux et territoriaux dans le cadre de la conférence fédérale-provinciale-territoriale.

9 7
PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR SPORT AND RECREATION5
CONFERENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES
2 RESPONSABLES DU SPORT ET DES LOISIRSHALIFAX, Nova Scotia
October 24, 1989HALIFAX (Nouvelle-Ecosse)
le 24 octobre 1989

LIST OF PUBLIC DOCUMENTS

LISTE DES DOCUMENTS PUBLICS

DOCUMENT NO. NUMERO DU DOCUMENT	SOURCE ORIGINE	TITLE TITRE
860-234/019	✓ Conference ✓ Conférence	✓ Communiqué ✓ Communiqué de presse
860-234/021	Secretariat Secrétariat	List of Public Documents Liste des documents publics

CA 1
Z 4
- C52

Document: 860-235/010

PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR CULTURE AND HISTORICAL RESOURCES

Opening Statement by Lise Bacon
Deputy Premier and
Minister of Cultural Affairs of Québec

Winnipeg, Manitoba
October 4th, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

Dear Colleagues,

Ladies and Gentlemen,

It gives me great pleasure to meet with you again at this Annual Conference of the Ministers responsible for Culture in order to discuss various points of view, to assess actions that we have agreed to undertake jointly, and to describe our priorities for the upcoming year. This Conference also provides us with an excellent opportunity to arrive at a new consensus on the objectives and actions that will guide us, and we can only hope that these actions will have the anticipated effect and impact on the cultural circles we are responsible for within our respective governments.

Allow me to begin by extending my sincere thanks to our colleague, Bonnie Mitchelson, the Minister from Manitoba, for organizing so warm a welcome for us and for preparing a highly interesting program both from the standpoint of work and social activities.

The agenda includes a number of themes that will be the subject of common reflection over the next few years. These themes take up many of the concerns of the ministère des Affaires culturelles du Québec.

...3

We will have to gauge the progress of the work undertaken by the interprovincial committees on the arts, culture and on heritage, in light of the mandates we entrusted to them and the expectations we made known at our last conference in October 1988, in Québec City.

Status of artists

We will be interested in learning about the intentions and orientations of the federal Minister of Communications as to the policy he intends to implement concerning the status of artists and the Copyright Act. On the question of copyright, the ministère des Affaires culturelles du Québec has already made known its position to the federal government. As for issues related to the status of artists, we intend to monitor closely the progress of this dossier and to formulate appropriate recommendations in the hope that the eventual federal policy will be in harmony with the statutes the Québec National Assembly has passed over the last two years.

Moreover, I hope that we will be able to make a decision on the financing of the two national artistic training institutes -- the National Ballet School and the National Theatre School -- in light of the proposal finalized by Ontario.

...4

Cultural industries

If there is a sensitive sector when it comes to the growth and development of culture in our society, it is surely that of cultural industries. The latter are at the heart of a struggle involving the survival of our cultural values, at a time when we are observing an ever-growing trend towards the world-wide application and uniformization of cultural models. The problem of the control of our cultural industries and their contribution to our cultural and economic development still remains unsolved.

Whether we consider the field of publishing, cinema and audiovisual in general or that of music and varieties, this is not the first time that this sector has been the focus of our concerns and discussions.

We all recall the recent context of the free trade agreement between Canada and the United States. A new context is also beginning to take shape with the creation in 1993 of a single European market. The measures that will be adopted within this framework and their consequences involve major stakes for our cultural industries, in particular in the audiovisual field. These issues testify to the urgency of insuring our sustained attention and constant vigilance, and make us aware of the challenge posed by international interdependence.

...5

For the moment, a certain number of issues must be of immediate concern:

- the coming into force beginning on January 1, 1991 of the goods and services tax (GST) which was the subject of discussions at the Premiers' Conference in Quebec City last August. It is an important dossier that we should address at our private meeting during supper;
- the link between new technologies and cultural industries;
- the federal government's bill on the importing of film-making products.

In the latter case, as the situation is evolving rapidly, I have undertaken a revision of Québec legislation in the cinema field in order to better adapt it to the stakes of the next decade.

Heritage

This year, the interprovincial heritage committee dealt with a number of questions including the resources allocated to this sector at the federal and provincial levels, the preservation of historic buildings, federal legislation on archeology, and cultural tourism. Its report will be submitted to us shortly.

Moreover, we hope to obtain from the federal Minister indications on his policy in the museum field. This subject is of particular interest to me since I am presently working on our own statement of orientations. By the way, I would like to remind you that the 16th General Conference of the International Council of Museums (ICOM) will be held in Québec City, from September 19 to 27, 1992. This event, whose Board of Directors includes representatives of the various provinces, will certainly have a major impact at the cultural and tourism levels, and you will no doubt want to look through the pamphlets that I will be making available to you.

A proposal related to the Canadian archives management system should also be the focus of our attention. A plan will be proposed to us, and it should make it possible to initiate the necessary research on archive preservation problems and to foresee appropriate corrective measures. Speaking about archives, I would like to point out that Montreal will play host, from September 7 to 11, 1992, to the Conference of the International

...7

Council on Archives (ICA). This conference will give rise to several public activities, including a number of exhibitions that will likely be of great interest to visitors.

Finally, I have prepared for you an update of the priorities and orientations of the ministère des Affaires culturelles du Québec for the next few years.

The agenda of our conference takes up several of my government's priorities in the cultural field. Here are a few examples:

- The continued application of tangible measures to improve the status of artists, including the implementation of adopted legislation;
- The revision of the Public Libraries Act. Public libraries play an essential role in the cultural development of our various communities. The preparation of a five-year plan to finalize our library network;
- The revision of Québec legislation on cinema, to which I made reference earlier in my presentation.

...8

- Intervention strategy proposals in the heritage field and orientation proposals in the museology field;
- Adoption of a private archive recognition and support policy;
- Consolidation of our cultural industries;
- Re-examination of our professional training programs;
- International cultural influence.

I hope that the perspectives I have raised in my presentation will help you to better grasp the scope of my interventions, and I would like to request your cooperation in these matters. You may count on mine.

Thank you.

CONFÉRENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES
RESPONSABLES DE LA CULTURE ET DES RESSOURCES HISTORIQUES

Déclaration d'ouverture de Madame Lise Bacon
Vice-Première ministre et
ministre des Affaires culturelles du Québec

Winnipeg (Manitoba)
Le 4 octobre 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

Chers collègues,

Mesdames et Messieurs,

Je suis heureuse de vous retrouver à la Conférence annuelle des ministres de la Culture pour échanger avec vous des points de vue, faire le bilan d'actions que nous sommes convenus de mener conjointement et faire état de nos priorités pour l'année qui vient. C'est aussi une occasion privilégiée de dégager de nouveaux consensus sur les objectifs et les actions qui doivent nous mobiliser en espérant que ces actions auront l'effet et l'impact souhaités sur les milieux culturels dont nous sommes les répondants dans nos gouvernements respectifs.

Permettez-moi d'abord de remercier bien sincèrement notre collègue, ministre du Manitoba, Mme Bonnie Mitchelson, qui nous accueille si chaleureusement et qui nous a préparé un programme de travail et de séjour des plus intéressants.

L'ordre du jour comporte des thèmes sur lesquels nous souhaiterions faire porter notre réflexion commune au cours des prochaines années. Ceux-ci rejoignent pour la plupart les préoccupations du ministère des Affaires culturelles du Québec.

Nous aurons à apprécier notamment la progression des travaux entrepris par les comités interprovinciaux sur les arts et la culture et sur le patrimoine, à la suite des mandats que nous leur avons confiés et des attentes que nous leur avons formulées lors de notre dernière conférence, en octobre 1988, à Québec.

Statut de l'artiste

Nous recevrons avec intérêt les intentions et les orientations du ministre fédéral des Communications sur la politique qu'il prévoit mettre de l'avant concernant le statut de l'artiste et sur la révision du projet de loi sur le droit d'auteur. En matière de droit d'auteur, le ministère des Affaires culturelles du Québec a déjà fait connaître sa position au gouvernement fédéral. Par ailleurs, sur les questions relatives au statut de l'artiste, nous entendons suivre de près l'évolution de ce dossier et formuler les recommandations appropriées en souhaitant que l'éventuelle politique fédérale s'harmonise avec les lois que l'Assemblée nationale du Québec a adoptées au cours des deux dernières années.

Par ailleurs, j'espère que nous pourrons prendre une décision sur le financement des deux établissements nationaux de formation artistique à la lumière d'une proposition finalisée par l'Ontario et qui concerne au premier chef les Écoles nationales de Ballet et de Théâtre.

Industries culturelles

S'il est un secteur de plus en plus névralgique pour l'essor et le développement de la culture dans notre société, c'est bien celui des industries culturelles qui est au coeur de l'enjeu portant sur la survie de nos valeurs culturelles, alors que nous observons une tendance forte à la mondialisation et malheureusement à l'uniformisation de modèles culturels. Le problème de la maîtrise de nos industries culturelles et de leur contribution à notre propre développement culturel et économique reste entier.

Qu'il s'agisse des domaines de l'édition, du cinéma et de l'audio-visuel en général ou de celui des industries de la musique et des variétés, ce n'est pas la première fois que ce secteur fait l'objet de nos préoccupations et de nos échanges.

Vous vous rappellerez le contexte récent de l'accord sur la libéralisation des échanges entre le Canada et les États-Unis. Une nouvelle conjoncture prend également forme dans la perspective de la création du marché unique européen en 1993. Les mesures qui seront adoptées dans ce cadre et leurs conséquences comportent des enjeux importants pour nos industries culturelles, audio-visuelles plus spécialement. Ces questions démontrent l'urgence d'une attention

soutenue et d'une vigilance constante de notre part et nous font prendre conscience du défi de l'interdépendance internationale.

Dans l'immédiat, un certain nombre de réflexions doivent nous mobiliser :

- l'entrée en vigueur, au 1er janvier 1991, de la taxe fédérale sur les produits et services (TPS) qui a fait l'objet de discussions à la dernière conférence des premiers ministres à Québec en août dernier. Il s'agit là d'un dossier important que nous devrions aborder lors de notre rencontre privée au cours du déjeuner;
- le lien entre les nouvelles technologies et les industries culturelles;
- le projet de loi du gouvernement fédéral sur l'importation des produits cinématographiques.

Dans ce dernier cas, la situation évoluant très rapidement, j'ai moi-même entrepris une révision de la législation québécoise en matière de cinéma afin de mieux l'adapter aux enjeux de la nouvelle décennie.

Patrimoine

Le comité interprovincial sur le patrimoine a traité, entre autres, cette année, de ressources affectées à ce secteur aux niveaux provincial et fédéral, de conservation des bâtiments historiques, de législation fédérale en matière d'archéologie et de tourisme culturel. Leur rapport nous sera soumis tout à l'heure.

D'autre part, nous espérons obtenir du ministre fédéral des indications sur sa politique dans le domaine des musées. Ce sujet m'intéresse d'autant plus que je travaille actuellement à l'élaboration de notre propre énoncé d'orientations. J'en profite aussi pour vous rappeler que la XVI Conférence générale du Conseil international des musées (ICOM) se tiendra à Québec, du 19 au 27 septembre 1992. Cette manifestation, dont le Conseil d'administration compte des représentants de différentes provinces, aura certes un impact important sur les plans culturel et touristique et vous serez sans doute intéressés à parcourir les dépliants que je vais mettre à votre disposition.

Une proposition relative à un système canadien de gestion des archives devra aussi attirer notre attention. Un plan à cet effet nous sera proposé et devrait permettre notamment d'amorcer les recherches nécessaires sur les problèmes de conservation des archives et de prévoir les correctifs qui s'imposent. Puisqu'on parle des

archives, je désire vous souligner que le Québec accueillera, du 7 au 11 septembre 1992, à Montréal, le Congrès du Conseil international des archives (CIA). Ce congrès donnera lieu à plusieurs activités publiques, dont un certain nombre d'expositions susceptibles d'intéresser au plus haut point les visiteurs.

Finalement, j'ai préparé à votre intention une mise à jour des priorités et orientations du ministère des Affaires culturelles du Québec pour les prochaines années.

L'ordre du jour de notre conférence rejoint à plus d'un titre les priorités du gouvernement du Québec en matière culturelle. En voici quelques exemples :

- La poursuite de mesures concrètes favorisant l'amélioration du statut de l'artiste, dont la mise en application des législations adoptées;
- La révision de la Loi sur les bibliothèques publiques qui ont un rôle essentiel dans le développement culturel de nos diverses communautés et l'élaboration d'un plan quinquennal pour finaliser notre réseau de bibliothèques;

- La révision de la législation québécoise en matière de cinéma à laquelle je faisais référence plus tôt dans mon exposé;
- Des propositions de stratégie d'intervention en matière de patrimoine et d'orientations en matière de muséologie;
- L'adoption d'une politique d'agrément et de soutien au secteur des archives privées;
- La consolidation de nos industries culturelles québécoises;
- Le réexamen de nos programmes de formation professionnelle;
- Le rayonnement culturel international des artistes et entreprises culturelles du Québec.

J'espère que les perspectives que j'ai tracées dans le présent exposé vous permettront de mieux saisir la portée de mes interventions et je sollicite votre collaboration à cet effet. Je vous assure à l'avance de la mienne face à vos préoccupations. Je vous remercie.

Document: 860-235/ 011

PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR CULTURE AND HISTORICAL RESOURCES

Presentation of the Orientations and Major Policies
of the Ministère des Affaires culturelles

québec

Winnipeg, Manitoba
October 4th, 1989

PRESENTATION OF THE ORIENTATIONS AND MAJOR POLICIES
OF THE MINISTÈRE DES AFFAIRES CULTURELLES
BY LISE BACON, DEPUTY PREMIER AND
MINISTER OF CULTURAL AFFAIRS OF QUÉBEC

1989-09-26

THE QUÉBEC GOVERNMENT AND THE FUTURE OF CULTURE

Towards the end of 1985 the Québec government began an analysis and an indepth review of both the administration methods and the programs of the ministère des Affaires culturelles to promote the making of wiser choices. One of the principles guiding our government in these choices and actions has been to encourage rather than initiate. In so doing, we have endeavoured to give the government a more coherent role, one that is less directive, more sensitive to local and regional needs, and more efficient in terms of accessibility to the various services offered to Quebecers.

Moreover, one of our objectives consisted in insuring that the Québec policy on culture would lead to and become an economic and social development tool.

The Québec government also wanted to see to it that the freedom of artists and creators be recognized and respected. The government has had to show maturity to insure that our cultural future is based on solid foundations.

In summary, we are doing everything in our power to make sure that the ministère des Affaires culturelles assumes leadership and plays its role as a key partner in Québec's cultural activities.

1% ACHIEVEMENT PLAN

It is in a spirit of cooperation and dialogue that our government has pursued its objective of earmarking 1% of the government's overall budget to culture.

Thus, the department's appropriations were increased to \$ 244 million for 1989-1990 whereas this budget was \$ 163 million four years ago. We have increased the relative weight of the budget earmarked to the ministère des Affaires culturelles to 0.75% of the Government's budget.

Moreover, certain measures not appearing in the appropriations of the Department constitute an additional significant contribution to the needs of artists and cultural circles. I am referring here to the tax deduction for cinema, the recognition for tax purposes of the status of professional artists, the integration of arts with architecture, or the recognition of nearly 200 cultural organizations for donation deduction purposes.

STATUS OF ARTISTS

Our commitment to cultural development is reflected in the recognition of the status of performing, recording and film artists, an important dossier brought to successful conclusion in December 1987.

In December 1988, the government also passed another statute concerning artists in the visual arts, arts and crafts and writing sectors.

PUBLIC LIBRARIES

Well aware of the importance of public libraries in Québec's cultural life, we created, in January 1987, the Commission des bibliothèques publiques, which submitted a complete report on the current situation in this sector.

We fully support the approach that advocates a sharing of responsibilities with the municipalities since the latter know much better than anyone else the needs of their citizens. Under this approach, the government retains its planning and coordination role.

In keeping with the Commission's recommendations, the government has agreed to implement measures that increase to 20.9 million dollars the amount of assistance to public libraries, to which must be added the assistance to computerize central lending libraries serving small municipalities.

Work is underway to revise the Public Libraries Act, as recommended by the Commission. Within the department, a public library branch has been created. It will offer specialized consultant services and will insure the application of the Act and the regulations, working with our regional branches.

We are also active within the association of public library directors of the provinces of Canada. One of the major projects of this group is to organize a summit on the development of public libraries, a first in Canada. This is truly an interesting undertaking.

Moreover, the Bibliothèque nationale du Québec, an institution dedicated to the acquisition, conservation and dissemination of published Québec documentary heritage, has become over the years a key instrument of our cultural identity. The National Assembly recently sanctioned a bill that gives the Bibliothèque the status of an independent organization.

PERFORMING ARTS

The government has noted that Québec's presence on both the local and foreign markets has taken on a new dimension and is particularly interesting for artists. The efforts of the ministère des Affaires culturelles in this area take the form of concrete actions involving cultural facilities, training and the adjustment of its programs which have undergone an indepth review. We are also seeking to increase dissemination of cultural products. Professional training for artists in the performing arts is also a concern, and we are pursuing our reflection in this field.

While the Department offers financial support to private establishments such as the École nationale de théâtre and the École supérieure de danse, it is also responsible for a major public network, namely that of the music and dramatic arts conservatories. The creation of the conservatory of music in 1942 allowed Québec to do a great deal of catching up in regard to the training of orchestra musicians. That of the dramatic arts conservatory in 1954 played a major role in the growth of Québec theatre. We are proud of the place that these institutions hold in Québec, the quality of their interventions and the vitality of their organization.

CULTURAL INDUSTRIES

The ministère des Affaires culturelles considers the role of cultural industries essential; indeed, the latter are key producers and disseminators of culture.

This activity sector finds itself in a precarious situation given the limited domestic market and the strong competition from abroad. The Department's intervention is therefore needed to meet the challenges of tomorrow.

Several government actions and programs already insure a dynamic presence in this area. These interventions, initially entrusted to two government organizations, have since been grouped together under the Société générale des industries culturelles (SOGIC) to insure greater coherency. To carry out its action plan, SOGIC has a capital of 20 million dollars and manages the

appropriations earmarked for the private cinema sector. These appropriations represent more than 10 million dollars for the current financial year.

FILM-MAKING

Québec film production has made remarkable advances. The government has paid particular attention to film-making, given its responsibilities and the major stakes involved: the cultural stakes of course, but also the economic ones. The complexity of this industry warrants exhaustive analyses to determine the distribution of technical and financial resources.

The Cinema Act creates better conditions for the development of cinema and video in Québec. While it does not solve all the problems of the film-making sector, it gives a better framework for activities to the benefit of Quebecers. Several regulations already came into force last September 30th to make the Cinema Act effective as quickly as possible.

Moreover, steps have also been taken to provide the Cinématèque québécoise with the necessary support to insure its development and strengthen its influence at the international level. This year we celebrated the 25th anniversary of this institution which plays an exemplary role in the film-making world.

Finally, we recently proceeded with the inauguration of a film-making production centre in Montreal, that we are funding jointly with the federal Department of Communications as part of the Canada-Québec Agreement on cultural facilities.

MUSEOLOGY

The development of our museum network is also one of our priorities. The government has played a key role in the development of this type of institution dedicated to the conservation and enhancement of our heritage property and international art. The interest and encouragement demonstrated by all Quebecers in this regard speaks for itself.

The Musée de la civilisation in Québec City has been open for one year now. A number of well-known projects continue to be on the department's project calendar including the extension of the Musée du Québec and the Musée des beaux-arts as well as the relocation of the Musée d'art contemporain in downtown Montréal.

The Department will also foster closer ties with its clienteles by giving priority to actions involving the dissemination and circulation of works by Québec artists throughout the network.

HERITAGE

Concerned about better assuming the Department's role in the heritage development field and in order to consolidate and pursue our actions, we have undertaken the definition of a new intervention strategy in the heritage policy field, while respecting our commitment to consult concerned groups.

We also wish to maintain the agreements we have with Montréal and Québec City concerning the enhancement of their extremely rich heritages. This policy of reaching agreements with municipalities is a key element in our interventions in the cultural development field.

The Québec National Archives serve to link Québec society with both its past and its future. They are the guardian of a universal heritage that is highly diversified and that reflects the progress and values of our community.

I would like to point out that this institution is a co-organizer of the International Archives Conference to be held for the first time in Montreal in 1992.

THE DYNAMIC NATURE OF REGIONS

Regional disparities, traditions and points of interest are all characteristics of Québec's cultural wealth. To survive and develop, culture must find supporters and artisans in the various communities. To help insure the development of Québec culture, we must strike a balance between the influence of Montréal, our cultural mecca, and Québec City, our capital, as well as access to culture and the emergence of talents all across Québec.

Government support to the regions is felt in every activity sector: implementation of a network of diversified cultural facilities adapted to needs; assistance to hundreds of artists and creators to enable them to embark on and pursue an interesting career; support for organizations in the various fields for training, production and development of cultural performances and products, and finally, assistance to municipalities and organizations for the enhancement of their heritage.

In conclusion, government action in the field of culture takes on many forms: the effort to get the Department's budget back in order; major development of dissemination tools both in Québec and at the international level; the creation of appropriate facilities; recognition of the status of artists with all that this implies for the exercise of their profession; the action plan concerning public libraries; an increased commitment on the part of the government in the performing arts and heritage sectors, and, finally, the importance placed on national institutions such as the Bibliothèque nationale du Québec and the Conservatory of Music.

Document: 860-235/ 011

**CONFÉRENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES
RESPONSABLES DE LA CULTURE ET DES RICHESSES HISTORIQUES**

Présentation des orientations et des politiques majeures
du Ministère des Affaires culturelles

Quebec

Winnipeg (Manitoba)
Le 4 octobre 1989

PRÉSENTATION DES ORIENTATIONS ET DES POLITIQUES MAJEURES
DU MINISTÈRE DES AFFAIRES CULTURELLES
PAR MADAME LISE BACON, VICE-PREMIÈRE MINISTRE ET
MINISTRE DES AFFAIRES CULTURELLES DU QUÉBEC

1989-09-26

L'ÉTAT QUÉBÉCOIS ET LE DEVENIR CULTUREL

Dès la fin de l'année 1985, le gouvernement du Québec a entamé une analyse et une révision en profondeur tant des modes d'administration que des programmes du ministère des Affaires culturelles, de façon à favoriser les choix les plus judicieux . Un des principes qui guident notre gouvernement à travers ces choix et ces actions repose sur l'animation plutôt que sur l'initiation. Par là, nous entendons redonner à l'Etat un rôle plus cohérent, moins dirigiste, plus sensible aux besoins locaux et régionaux, plus efficace en ce qui a trait à l'accessibilité des différents services offerts aux Québécois.

De plus, un de nos objectifs consiste à faire en sorte que la politique québécoise en matière culturelle puisse se réaliser et servir d'outil de développement économique et social.

Le gouvernement du Québec a voulu, également, que soit reconnue et respectée la liberté des artistes et des créateurs. L'Etat se doit de faire preuve de maturité à cet égard, afin que notre devenir culturel repose sur des structures solides.

En somme, nous voulons tout mettre en oeuvre pour que le ministère des Affaires culturelles assume son leadership et joue pleinement son rôle comme partenaire privilégié sur le plan culturel au Québec.

LE PLAN DE RÉALISATION DU 1%

C'est dans un esprit de concertation et de dialogue que notre gouvernement s'est engagé dans la poursuite de son objectif de consacrer 1% du budget global de l'Etat à la culture .

Ainsi, les crédits du ministère ont été portés à 244 M \$ pour l'année 1989-1990 alors que ce budget était de 163 M \$ il y a 4 ans. Nous avons hissé le poids relatif du budget consacré au ministère des Affaires culturelles à 0,75% du budget de l'Etat.

Par ailleurs, certaines mesures qui ne figurent pas aux crédits du Ministère constituent, en sus, une contribution fort appréciable face aux besoins des artistes et des milieux culturels. Je pense entre autres à la déduction fiscale pour le cinéma, à la reconnaissance aux fins fiscales du statut des artistes professionnels, à l'intégration des arts à l'architecture, ou à la reconnaissance de près de 200 organismes culturels aux fins de déduction pour dons.

LE STATUT DE L'ARTISTE

La consécration de notre engagement en faveur du développement culturel s'est traduite par la reconnaissance du statut des artistes de la scène, du disque et du cinéma, un dossier important qui a été mené à terme en décembre 1987.

En décembre 1988, le gouvernement a également adopté une autre loi concernant cette fois les artistes des secteurs des arts visuels, des métiers d'art et de l'écriture.

LES BIBLIOTHEQUES PUBLIQUES

Conscients de la place importante que les bibliothèques publiques occupent au sein de la vie culturelle du Québec, nous avons créé, en janvier 1987, la Commission d'étude sur les bibliothèques publiques qui nous a remis un rapport complet sur la situation qui prévaut dans ce secteur.

Nous souscrivons entièrement à l'approche qui privilégie, en matière de bibliothèques publiques, un partage de responsabilités avec les municipalités, puisque ces dernières connaissent mieux que quiconque les besoins de leurs citoyens, le gouvernement conservant un rôle de planification et de coordination.

Dans le sens des recommandations de la Commission, le gouvernement a consenti à la mise en place de mesures qui portent à 20,9 millions de dollars le montant de l'aide aux bibliothèques publiques, auxquels s'ajoute une aide à l'informatisation des bibliothèques centrales de prêt qui desservent les municipalités de petite taille.

Des travaux sont en cours pour réviser la Loi sur les bibliothèques publiques, comme le recommandait la Commission d'étude. Au sein du ministère, une direction des bibliothèques publiques a été créée. Elle offrira des services conseils spécialisés et veillera à l'application de la Loi et des règlements, en relation avec nos directions régionales.

Nous sommes également actifs au sein de l'association qui réunit les directeurs des bibliothèques publiques des provinces du Canada.

Par ailleurs, la Bibliothèque nationale du Québec, cette institution vouée à l'acquisition, à la conservation et à la diffusion du patrimoine documentaire québécois publié, est devenue avec les années un instrument privilégié de notre identité culturelle. L'Assemblée nationale a sanctionné récemment un projet de loi qui lui confère le statut d'organisme autonome.

LES ARTS D'INTERPRÉTATION

Le gouvernement constate que la présence du Québec sur le marché extérieur, au Canada et à l'étranger, prend une dimension de plus en plus importante et intéressante pour les artistes. Aussi l'action du ministère des Affaires culturelles à cet égard se traduit-elle par des gestes concrets au niveau des équipements culturels, de la formation et de l'ajustement de ses programmes qui ont été révisés en profondeur. Nous cherchons aussi à accroître la diffusion des produits culturels. La formation professionnelle de nos artistes en arts d'interprétation retient également notre attention et nous poursuivons notre réflexion en cette matière.

Si le Ministère appuie financièrement des établissements privés comme l'Ecole nationale de théâtre et l'Ecole supérieure de danse, il a également la responsabilité d'un important réseau public, celui des conservatoires de musique et d'art dramatique. Je souligne que la création du conservatoire de musique en 1942 a permis au Québec d'effectuer un rattrapage remarquable en ce qui concerne la formation des musiciens d'orchestre. Celle du conservatoire d'art dramatique en 1954 a joué un rôle important dans l'essor du théâtre québécois. Nous sommes fiers de la place que ces institutions occupent au Québec, de la qualité de leurs interventions et de la vitalité de leur organisation.

LES INDUSTRIES CULTURELLES

Le ministère des Affaires culturelles estime essentiel le rôle des industries culturelles, principaux agents de production et de diffusion de la culture.

Ce secteur d'activité vit une situation précaire compte tenu d'un marché intérieur restreint et d'une forte concurrence provenant de l'étranger. L'intervention du ministère s'impose donc pour que nous soyons en mesure d'affronter les défis de demain.

Plusieurs actions ou programmes gouvernementaux assurent déjà un certain dynamisme dans le milieu. Les interventions dans ce domaine, confiées initialement à deux organismes gouvernementaux, ont été depuis peu regroupées à la Société générale des industries culturelles (SOGIC) dans un but de plus grande cohérence. Pour réaliser son plan d'action,

la SOGIC dispose d'un capital de 20 millions de dollars et gère les crédits destinés au secteur privé du cinéma, crédits qui représentent plus de 10 millions de dollars pour l'exercice financier en cours.

LA CINÉMATOGRAPHIE

La production cinématographique québécoise a connu un essor remarquable. L'Etat y accorde une attention particulière, compte tenu de ses responsabilités et des enjeux importants qui s'y dessinent : enjeu culturel bien sûr, mais aussi enjeu économique où la complexité de cette industrie mérite que des analyses exhaustives et des mises à jour constantes éclairent l'allocation de ressources techniques et financières.

La Loi sur le cinéma veut créer des conditions plus favorables au développement du cinéma et de la vidéo au Québec. Elle ne règle pas tous les problèmes du secteur cinématographique, mais elle en encadre mieux les activités au profit du milieu québécois. Les conditions influençant ce secteur évoluant rapidement, j'ai entrepris une révision en profondeur de la législation québécoise en ce domaine.

Des mesures ont également été prises afin d'assurer à la Cinémathèque québécoise le soutien nécessaire à son développement et à son rayonnement au niveau international. Nous avons célébré l'an dernier le 25e anniversaire de cette institution qui joue un rôle exemplaire dans le milieu cinématographique.

Enfin, nous avons procédé récemment à l'inauguration d'un centre de production cinématographique à Montréal, que nous finançons conjointement avec le ministère fédéral des Communications, dans le cadre de l'Entente Canada-Québec sur les équipements culturels.

LA MUSÉOLOGIE

Le développement de notre réseau muséologique fait également partie de nos priorités. L'Etat, jusqu'à maintenant, a joué un rôle capital pour que puissent se développer les institutions vouées à la conservation et à la mise en valeur de nos biens patrimoniaux, ainsi qu'à la diffusion de l'art international. L'intérêt et l'encouragement de tous les Québécois et de toutes les Québécoises sont éloquentes à cet égard.

L'ouverture du Musée de la civilisation à Québec est chose faite depuis maintenant un an. Des projets déjà connus sont toujours au calendrier de réalisation du ministère, comme l'agrandissement du Musée du Québec et du Musée des beaux-arts, ainsi que le déplacement du Musée d'art contemporain au centre-ville de Montréal.

Le Ministère favorisera de plus un rapprochement avec ses clientèles en accordant la priorité aux actions visant la diffusion et la circulation des oeuvres des artistes québécois dans l'ensemble du réseau.

LE PATRIMOINE

Soucieux par ailleurs de mieux assumer le rôle qui revient au Ministère en matière de développement du patrimoine et dans le but de consolider et de poursuivre nos actions, nous avons entrepris la définition d'une nouvelle stratégie d'intervention en matière de politique du patrimoine et ce, en respectant notre engagement à consulter les milieux concernés.

Nous voulons aussi maintenir les ententes qui nous lient aux villes de Montréal et de Québec en vue de la mise en valeur de leur patrimoine exceptionnellement riche. Ce mécanisme d'entente avec les municipalités est un élément fort de nos interventions en matière de développement culturel.

Les Archives nationales du Québec, par ailleurs, se veulent un lien qui rapproche la société québécoise de son passé et aussi de son avenir. Elles sont dépositaires du patrimoine le plus universel, le plus diversifié et le plus révélateur des progrès et des valeurs de notre collectivité.

Je souligne enfin que cette institution est coorganisatrice du Congrès international des archives qui aura lieu pour la première fois à Montréal, en 1992.

LE DYNAMISME DES RÉGIONS

Les disparités, les traditions et les points d'intérêt de diverses régions sont des caractéristiques de la richesse culturelle du Québec. Pour vivre et se développer, la culture doit donc trouver preneurs et maîtres d'oeuvre dans les différents milieux. Le rayonnement de la métropole culturelle, Montréal, et celui de la capitale, Québec, de même que l'accès à la culture et l'émergence des talents à la grandeur du Québec doivent ensemble contribuer au développement de la culture québécoise.

Le soutien de l'Etat aux régions s'est fait sentir dans tous les secteurs d'activité : mise en place d'un réseau d'équipements culturels diversifié et adapté aux besoins, aide à des centaines d'artistes et de créateurs pour leur permettre d'entreprendre et de poursuivre des carrières intéressantes, soutien aux organismes dans les différentes disciplines pour la formation, la production et la diffusion de spectacles ou de produits culturels et enfin, aide aux municipalités et organismes pour la mise en valeur de leur patrimoine.

En conclusion, l'action gouvernementale en matière de culture se traduit de multiples façons: par un effort de redressement du budget du Ministère, par un développement important des mécanismes de diffusion tant sur le territoire québécois que sur la scène internationale ou par l'entremise d'équipements majeurs adéquats, par une reconnaissance du statut de l'artiste avec tout ce que cela implique pour l'exercice de la profession, par le plan d'action énoncé concernant les bibliothèques publiques, par un engagement accru du gouvernement dans les secteurs des arts d'interprétation et du patrimoine et, finalement, par l'importance donnée aux institutions nationales que sont la Bibliothèque et les Archives nationales, ainsi que les conservatoires de musique et de théâtre.

DOCUMENT: 860-228/012

INTERPROVINCIAL CONFERENCE OF MINISTERS
OF MUNICIPAL AFFAIRS

Press Communiqué

KANANASKIS, Alberta
August 9-11, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

COMMUNIQUE

The provincial and territorial Ministers of Municipal Affairs have completed three days of meetings at Kananaskis, Alberta. In addition to sharing insights and experiences on a variety of common municipal issues, such as municipal finance and structures, the Ministers focused their discussions on the proposed federal goods and services tax, rural development and municipal infrastructure.

FEDERAL GOODS AND SERVICES TAX

The Ministers will be working with their Provincial/Territorial Treasurers/Finance Ministers to determine the effect of the tax on municipalities. Municipalities should not have to increase property taxes in order to pay the new federal goods and services tax.

In 1987 the federal Minister of Finance gave a commitment that municipalities would pay no more under the new tax than under the existing federal sales tax. The provincial/territorial ministers wish to ensure that this commitment will be met.

"It appears that the proposal is to provide a predetermined global rebate, but we don't know how much that will be nor do we

know how it will be administered," said Alberta Minister Ray Speaker, conference chairman. "Most municipalities in Canada are fairly small, so we have some concerns about the administrative capability of many municipalities to deal with a rebate system".

The Ministers instructed their Deputies to review the impact of the proposed tax on municipalities across the country. "This will provide a common information base for the Treasurers/Finance Ministers to use in discussions with Ottawa" said Mr. Speaker.

"We are determined to protect the interests of municipalities and local tax payers. We do not want to see municipalities cutting services in order to pay the federal tax" he said.

RURAL DEVELOPMENT

"Our aim is to try to find ways to stop the depopulation of rural Canada," said Mr. Speaker.

From coast to coast concern is being expressed about the apparent decline of smaller communities. Saskatchewan and Manitoba now have Departments of Rural Development and other provinces are beginning to develop programs. The continuing population shift from rural Canada to the larger cities has strained the social, economic and political fabric of rural municipalities in many parts of Canada.

"This shift must be addressed," said Mr. Speaker," if we are going to protect our public investment in our rural communities. They provide a vital link to the future well-being of our country."

"Whether it is our small businesses which create employment opportunities, or our schools and other public institutions, all need the human resources component to survive."

The Ministers agreed that successful long-term development requires local control and initiation, coordination of activities on several levels in both the public and private sectors and access to government programs and services. "This is not a simple problem and there is no simple solution," Mr. Speaker said.

Such issues will be the focus of conferences on rural development to be held in Brandon, Manitoba in 1989 and Prince Edward Island in 1990. The Intergovernmental Committee on Urban and Regional Research (ICURR) will be preparing research information for the Ministers.

MUNICIPAL INFRASTRUCTURE

The Ministers renewed their request that the federal government designate one minister as the contact for discussions on municipal infrastructure.

"We are certainly not asking for a federal Minister of Municipal Affairs," Mr. Speaker emphasized "All we are asking is that someone, whether its Finance, Environment, Housing or whoever, be named as the federal Minister we should be talking with about new federal funding for Municipal infrastructure." The federal government has not responded to a similar request made last year.

The Ministers support continued discussion of the need for major investment in municipal infrastructure and agreed to ask their Premiers to ensure that it is discussed at a First Ministers Conference.

"This issue affects the environment and public health, two of the most important concerns of everyone today," Mr. Speaker said. Generally the Ministers support federal funding provided through agreements with each province/territory. "The needs vary widely from province to province and so we think that any program should be flexible enough to respond to the needs in each province/territory."

The 1990 annual meeting of the Ministers of Municipal Affairs will be held in the Yukon Territory.

DOCUMENT: 860-228/012

CONFÉRENCE INTERPROVINCIALE DES MINISTRES
DES AFFAIRES MUNICIPALES

Communiqué

KANANASKIS (Alberta)
Du 9 au 11 août 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

COMMUNIQUE

Les ministres provinciaux et territoriaux des Affaires municipales ont tenu, au cours des trois derniers jours, leur rencontre annuelle à Kananaskis, en Alberta. Les Ministres ont échangé leurs idées et leurs expériences relatives à diverses questions communes, telles que les finances et les structures municipales. De plus, les discussions ont permis d'aborder la nouvelle taxe fédérale sur les produits et les services, le développement rural et l'infrastructure municipale.

LA TAXE FÉDÉRALE SUR LES PRODUITS ET LES SERVICES

Les Ministres vont travailler avec leurs ministres des Finances provinciaux et territoriaux respectifs pour déterminer les répercussions de la taxe sur les municipalités. Celles-ci ne devraient pas avoir à augmenter les impôts fonciers pour pouvoir payer la nouvelle taxe sur les produits et les services.

En 1987, le ministre fédéral des Finances promettait que les municipalités ne paieraient pas plus de taxe en vertu du nouveau régime que sous celui de la taxe fédérale actuelle. Les ministres provinciaux et territoriaux veulent s'assurer que cette promesse sera tenue.

"Il semblerait que le gouvernement fédéral se propose de fournir une remise globale fixée à l'avance, mais nous ignorons quel en sera le montant et comment elle sera administrée, a déclaré M. Ray Speaker, ministre de l'Alberta, qui présidait la conférence. La plupart des municipalités canadiennes sont relativement petites, et nous craignons que bon nombre d'entre elles ne possèdent pas les ressources administratives voulues pour faire face à un système de remise."

Les Ministres ont demandé à leurs sous-ministres d'étudier les répercussions que la nouvelle taxe aurait sur les municipalités dans tout le pays. "Cela donnera aux ministres des Finances une base d'information commune dont ils pourront se servir au cours des discussions avec Ottawa", a déclaré M. Speaker.

Nous avons fermement l'intention de protéger les intérêts des municipalités et des contribuables locaux. Nous ne voulons pas que les municipalités en viennent à devoir supprimer des services pour pouvoir payer la taxe fédérale, a-t-il ajouté.

DÉVELOPPEMENT RURAL

"Notre objectif est de trouver des moyens de mettre fin au dépeuplement des régions rurales du Canada", a déclaré M. Ray Speaker.

Dans tout le pays, on s'inquiète du déclin apparent des petites collectivités. La Saskatchewan et le Manitoba ont créé des ministères du Développement rural, et d'autres provinces commencent à élaborer des programmes. L'exode rural continu au profit des grandes villes a affaibli la structure sociale, économique et politique des municipalités rurales dans de nombreuses régions du pays.

"Il faut prendre des mesures pour arrêter cet exode, a déclaré M. Speaker, si nous voulons protéger notre investissement public dans les collectivités rurales. Elles constituent un chaînon essentiel au bien-être futur du pays."

"Qu'il s'agisse de nos petites entreprises, qui créent des possibilités d'emploi, ou de nos écoles et autres institutions publiques, elles ont toutes besoin de ressources humaines pour survivre."

Les Ministres ont convenu qu'un développement réussi à long terme exige un contrôle et une mise sur pied locaux, la coordination des activités à plusieurs paliers des secteurs public et privé et l'accès aux programmes et services gouvernementaux. "Ce n'est pas un problème simple et il n'y a pas de solution simple," a encore dit M. Speaker.

Ces questions seront au centre de conférences sur le développement rural qui auront lieu à Brandon, au Manitoba, en 1989, et à l'Ile-du-Prince-Édouard en 1990. Le Comité intergouvernemental de recherches urbaines et régionales (CIRUR) préparera des données à ce sujet pour les Ministres.

INFRASTRUCTURE MUNICIPALE

Les Ministres ont réitéré leur demande que le gouvernement fédéral désigne un ministre qui serait sa personne-contact pour les discussions sur l'infrastructure municipale.

"Nous ne demandons certainement pas au gouvernement fédéral de nommer un ministre des Affaires municipales, a souligné M. Speaker. Tout ce que nous voulons, c'est que quelqu'un, que ce soit le ministre des Finances, de l'Environnement, de

l'Habitation ou autre, soit désigné comme étant le ministre fédéral à qui nous devrions nous adresser pour discuter de l'octroi de nouveaux fonds fédéraux pour l'infrastructure municipale." Le gouvernement fédéral n'a pas donné suite à une demande semblable faite l'an passé.

Les Ministres appuient la poursuite de discussions sur la nécessité d'investissements importants dans l'infrastructure municipale et ont convenu de demander à leurs premiers ministres respectifs de veiller à ce que cette question fasse l'objet de discussions à une Conférence des premiers ministres.

C'est une question qui concerne l'environnement et l'hygiène publique, deux des principales préoccupations de l'heure, a ajouté M. Speaker. De façon générale, les Ministres sont en faveur de l'octroi de fonds fédéraux par l'entremise d'ententes conclues avec chaque province et territoire. "Les besoins varient largement d'une province à l'autre, et nous pensons donc que tout programme mis en place devrait être assez souple pour s'adapter aux besoins de chaque province et territoire."

En 1990, la rencontre annuelle des ministres des Affaires municipales aura lieu au Yukon.

CA 1

Z 4

- C52

Document: 860-235/013

PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR CULTURE AND HISTORICAL RESOURCES

Opening Remarks by
the Honourable Roland J. Thornhill

Nova Scotia

Winnipeg, Manitoba
October 4th, 1989

Opening Statement, Roland J. Thornhill
Minister of Tourism and Culture
Province of Nova Scotia
October 4, 1989

MADAM CHAIRMAN, COLLEAGUES

I AM VERY PLEASED TO BE HERE AND TO MEET WITH YOU AS MINISTERS RESPONSIBLE FOR CULTURE AND HISTORIC RESOURCES. I AM LOOKING FORWARD TO OUR EXCHANGE OF VIEWS TODAY AND AGAIN TOMORROW WHEN MR. MASSE JOINS US. IN MY VIEW IT IS PARTICULARLY IMPORTANT AT THIS TIME FOR TERRITORIES, PROVINCES, AND THE FEDERAL GOVERNMENT TO COMMUNICATE AND COOPERATE ON MATTERS THAT AFFECT OUR POLICIES AND PROGRAMS AND THAT IMPACT ON THE CULTURAL SECTOR.

WITH ME TODAY TO REPRESENT NOVA SCOTIA IS MR. ROBERT E. GERAGHTY, DEPUTY MINISTER OF TOURISM AND CULTURE, AND MR. ALLISON BISHOP, DIRECTOR OF CULTURAL AFFAIRS.

SINCE COMING TO THE TOURISM AND CULTURE PORTFOLIO A NUMBER OF MONTHS AGO, I HAVE BEEN IMPRESSED BY THE VITALITY AND RANGE OF CULTURAL ACTIVITIES THAT ARE TAKING PLACE IN NOVA SCOTIA. WHETHER IT IS IN THE AREAS OF PROFESSIONAL THEATRE, FEATURE FILM PRODUCTION, THE TRADITIONAL HIGHLAND PIPES AND DRUMS, CRAFT PRODUCTION, OR TRADE PUBLISHING, THERE IS A HIGH LEVEL OF EXCELLENCE, OPTIMISM, AND THE WILLINGNESS TO MEET THE CHALLENGES OF THE DAY.

IN HALIFAX, THE ANNUAL ATLANTIC FILM FESTIVAL HAS JUST ENDED. PACKED HOUSES WERE A SIGN OF PUBLIC INTEREST IN THE FILM INDUSTRY. THE FIVE FEATURE FILMS SHOWN INCLUDED ONE EACH FROM ALBERTA AND QUEBEC AND THREE FROM NOVA SCOTIA.

ALSO LAST WEEK, I MET WITH NOVA SCOTIA TRADE PUBLISHERS AND WITH OUR FOUR PROFESSIONAL THEATRE COMPANIES. SOME PUBLISHERS HAVE DOUBLED THEIR SALES OVER THE LAST YEAR. PART OF OUR DISCUSSION WAS ON EXPORT OPPORTUNITIES. THE THEATRES ALL HAVE EXCITING PLANS FOR THE COMING SEASON AND FOR THE FUTURE, BUT THEIR OPERATING GRANTS FROM BOTH THE PROVINCIAL AND FEDERAL LEVELS FALL BELOW THEIR FINANCIAL NEEDS. THIS IS A MAJOR CONCERN TO THEM AND TO ME.

TWO TOPICS THAT I WILL LOOK FORWARD TO IN THESE SESSIONS ARE THOSE DEALING WITH CULTURAL TOURISM AND THE PRESERVATION OF HERITAGE BUILDINGS. TOURISM IS RAPIDLY BECOMING THE IMPORTANT INDUSTRY IN NOVA SCOTIA. TODAY'S TOURIST IS LOOKING FOR OPPORTUNITIES TO EXPERIENCE AUTHENTIC ASPECTS OF LOCAL CULTURE, TRADITIONS AND THE HERITAGE FROM OUR PAST. IN CAPE BRETON ALONE 30 LOCAL MUSEUMS AND HERITAGE SOCIETIES PROVIDE THE TOURIST VISITOR WITH AN OPPORTUNITY TO SEE AND SHARE THE CULTURE OF THE AREA AND COMPLEMENT THE MAJOR PRESENTATIONS OF LARGER SITES SUCH AS FORTRESS LOUISBOURG, THE NOVA SCOTIA HIGHLAND VILLAGE, THE GAELIC COLLEGE, AND THE ALEXANDER GRAHAM BELL MUSEUM.

THROUGHOUT NOVA SCOTIA THE BEST OF OUR HERITAGE BUILDINGS ARE BEING IDENTIFIED AND PROTECTED UNDER MUNICIPAL OR PROVINCIAL REGISTRATION. I WILL BE INTERESTED TO PARTICIPATE IN ANY DISCUSSION WE MAY HAVE HERE ABOUT A PROPOSED NATIONAL REGISTER OF HERITAGE BUILDINGS AND SITES. WE ARE ANXIOUS FOR IMPORTANT HERITAGE BUILDINGS TO NOT ONLY BE IDENTIFIED BUT IN SOME CASES RESTORED TO THEIR ORIGINAL STATE. THIS REQUIRES EXTENSIVE FUNDING AND WE WOULD BE VERY PLEASED TO SEE STEPS TAKEN THAT WOULD LEAD TO A STRONGER FEDERAL ROLE IN THIS AREA.

I AM ALSO CONCERNED ABOUT THE CONSERVATION OF ARCHIVAL HOLDINGS. THIS IS AN AREA OF PRESSING CONCERN AND AGAIN ONE IN WHICH ADDITIONAL FEDERAL INPUT IS NEEDED IN NOVA SCOTIA AND THROUGHOUT

THE COUNTRY. THEREFORE, I WILL WELCOME THE OPPORTUNITY FOR DISCUSSION ON THE CONSERVATION PROPOSAL PUT BEFORE THE MINISTER OF COMMUNICATIONS BY THE CANADIAN COUNCIL OF ARCHIVES.

SINCE TAKING RESPONSIBILITY FOR THE CULTURAL AREA, I HAVE BECOME CONVINCED THAT THERE ARE MANY NEW PROJECTS OR ADDITIONAL SERVICES THAT NEED TO BE UNDERTAKEN. ALSO, TOO MANY EXISTING PROGRAM AREAS ARE UNDERFUNDED. SO MUCH NEEDS TO BE DONE TO HELP THIS VERY PRODUCTIVE SECTOR OF THE COMMUNITY REALLY GET ON ITS FEET AND REMAIN STABLE. I AM, THEREFORE, VERY INTERESTED IN THE DISCUSSIONS WITH YOU AND MR. MASSE ON THE TOPIC OF CULTURAL ERDAS OR OTHER COST-SHARING MECHANISMS. THIS IS VERY IMPORTANT AND I HOPE THAT WE CAN MAKE PROGRESS IN THIS AREA BOTH WHILE WE ARE HERE IN WINNIPEG AND IN SUBSEQUENT FOLLOW-UP WITH THE DEPARTMENT OF COMMUNICATIONS AND IN OUR CASE, WITH ACOA.

IN RECENT MEETS, ANY DISCUSSIONS WITH CULTURAL GROUPS AND WITH THE CULTURAL INDUSTRIES HAS INVARIABLY BROUGHT FORTH CONCERNS ABOUT THE PROPOSED GENERAL SERVICES TAX. IN NOVA SCOTIA, CULTURAL INTERESTS VIEW THE IMPACT OF THE GST AS POTENTIALLY DEVASTATING. THIS IS AN AREA WHERE I WOULD LIKE TO SEE FURTHER STUDY AND ANALYSIS SO THAT THE IMPACT OF THE TAX CAN BE FULLY UNDERSTOOD.

FINALLY, GIVEN ALL THE NEEDS FOR CO-OPERATION AND DISCUSSION AMONG PROVINCES AND TERRITORIES, I WANT TO SAY THAT NOVA SCOTIA SUPPORTS THE CONCEPT OF A STRONGER WORKING LEVEL ROLE FOR THE INTERPROVINCIAL COUNCIL OF CULTURAL DIRECTORS, AND THE INTERPROVINCIAL HERITAGE ADVISORY COUNCIL. THIS IS WHERE WORKING CONTACTS WITH THE CULTURAL SECTOR ARE MAINTAINED. I BELIEVE THAT WHILE ICCD AND IPHAC MUST BE ACCOUNTABLE TO MINISTERS THROUGH THE DEPUTIES, IT WOULD BE OUR ADVANTAGE TO ENCOURAGE

THESE BODIES TO SET AND DEAL WITH AGENDA ITEMS OF THEIR
AS WELL AS CARRYING OUT SPECIFIC ASSIGNMENTS PASSED DOWN
THEM.

THANK YOU.

CA1
Z 4
-C 52

**CONFÉRENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE DES SOUS-MINISTRES
RESPONSABLES DE LA CULTURE ET DES RESSOURCES HISTORIQUES**

Allocution d'ouverture de l'honorable
Roland J. Thornhill

Nouvelle-Écosse

**WINNIPEG (Manitoba)
Le 4 octobre 1989**

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

Allocution d'ouverture de

Roland J. Thornhill
Ministre du Tourisme et des
Affaires Culturelles de la
Nouvelle-Écosse
Le 4 octobre 1989

MADAME LA PRÉSIDENTE, CHERS COLLÈGUES,

JE SUIS EXTRÊMEMENT HEUREUX D'ÊTRE ICI AUJOURD'HUI AVEC VOUS POUR NOTRE RÉUNION EN QUALITÉ DE MINISTRES RESPONSABLES DE LA CULTURE ET DES RICHESSES HISTORIQUES. J'ANTICIPE AVEC PLAISIR L'ÉCHANGE DE POINTS DE VUE QUE NOUS AURONS AUJOURD'HUI PUIS DEMAIN LORSQUE M. MASSE SE JOINDRA À NOUS. À MON AVIS, IL EST PARTICULIÈREMENT IMPORTANT À CE MOMENT-CI POUR LES TERRITOIRES, LES PROVINCES ET LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DE COMMUNIQUER ENTRE EUX ET DE COOPÉRER DANS LES SECTEURS QUI ONT DES INCIDENCES SUR LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES TOUCHANT LES QUESTIONS CULTURELLES.

POUR REPRÉSENTER LA NOUVELLE-ÉCOSSE, JE ME SUIS FAIT ACCOMPAGNÉ AUJOURD'HUI DE M. ROBERT E. GERAGHTY, SOUS-MINISTRE DU TOURISME ET DES AFFAIRES CULTURELLES, AINSI QUE DE M. ALLISON BISHOP, DIRECTEUR DES AFFAIRES CULTURELLES.

DEPUIS QUE J'AI ACCEPTÉ LE PORTEFEUILLE DU TOURISME ET DES AFFAIRES CULTURELLES IL Y A QUELQUES MOIS, J'AI ÉTÉ IMPRESSIONNÉ PAR LA VITALITÉ ET LA VARIÉTÉ DES ACTIVITÉS CULTURELLES EN COURS DANS NOTRE PROVINCE. QU'IL S'AGISSE DE THÉÂTRE PROFESSIONNEL, DE

PRODUCTION DE LONGS MÉTRAGES, DES TRADITIONNELS "HIGHLAND PIPES AND DRUMS", DE L'ARTISANAT OU DE L'ÉDITION COMMERCIALE, ON CONSTATE QU'IL EXISTE UN DÉGRÉ ÉLEVÉ D'EXCELLENCE ET D'OPTIMISME AINSI QU'UNE VOLONTÉ DE RELEVER LES DÉFIS D'AUJOURD'HUI.

À HALIFAX, LE FESTIVAL ANNUEL DU CINÉMA DE L'ATLANTIQUE VIENT JUSTE DE SE TERMINER. LES SALLES COMBLES SONT RÉVÉLATRICES DE L'INTÉRÊT DU PUBLIC POUR L'INDUSTRIE CINÉMATOGRAPHIQUE. CINQ LONGS MÉTRAGES ONT ÉTÉ PROJETÉS. L'UN VENAIT DE L'ALBERTA, L'AUTRE DU QUÉBEC ET LES TROIS DERNIERS DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE.

LA SEMAINE DERNIÈRE, J'AI ÉGALEMENT RENCONTRÉ DES ÉDITEURS COMMERCIAUX DE MA PROVINCE AINSI QUE QUATRE DE NOS TROUPES DE THÉÂTRE PROFESSIONNELLES. CERTAINS ÉDITEURS ONT DOUBLÉ LEURS VENTES AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE. UNE PARTIE DE NOS DISCUSSIONS A PORTÉ SUR LES POSSIBILITÉS D'EXPORTATION. LES THÉÂTRES ONT TOUS DES PROJETS INTÉRESSANTS POUR LA PROCHAINE SAISON ET POUR L'AVENIR. TOUTEFOIS, LES SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT ÉMANANT TANT DU GOUVERNEMENT PROVINCIAL QUE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL SONT INSUFFISANTES POUR RÉPONDRE À LEURS BESOINS. CET ÉTAT DE CHOSSES ME PRÉOCCUPE AUTANT QU'EUX.

LES DEUX QUESTIONS AUXQUELLES J'ACCORDERAI LE PLUS D'IMPORTANCE AU COURS DES SÉANCES SONT CELLES QUI ONT TRAIT AU TOURISME CULTUREL ET À LA PRÉSERVATION DES BÂTIMENTS HISTORIQUES. LE TOURISME DEVIENT RAPIDEMENT UNE GRANDE INDUSTRIE EN

NOUVELLE-ÉCOSSE. DE NOS JOURS, LE TOURISTE CHERCHE DES OCCASIONS DE S'EXPOSER VÉRITABLEMENT À LA CULTURE ET AUX TRADITIONS LOCALES AINSI QU'AU PATRIMOINE ISSU DE NOTRE PASSÉ. AU CAP BRETON SEULEMENT, 30 MUSÉES ET SOCIÉTÉS DU PATRIMOINE LOCAUX DONNENT AUX TOURISTES L'OCCASION DE VOIR DES MANIFESTATIONS CULTURELLES RÉGIONALES ET D'Y PARTICIPER. CES MUSÉES ET SOCIÉTÉS DE PATRIMOINE COMPLÈTENT LES EXPOSÉS MAJEURS AUX PRINCIPAUX SITES COMME LA FORTERESSE DE LOUISBOURG, LE VILLAGE DES HAUTES TERRES DE NOUVELLE-ÉCOSSE, LE COLLÈGE GAÉLIQUE ET LE MUSÉE ALEXANDER GRAHAM BELL.

PARTOUT DANS LA PROVINCE, LES MEILLEURS BÂTIMENTS HISTORIQUES SONT REPÉRÉS ET PROTÉGÉS PAR VOIE D'ENREGISTREMENT MUNICIPAL OU PROVINCIAL. JE SOUHAITE PARTICIPER À TOUTE DISCUSSION QUE NOUS POURRIONS AVOIR AU SUJET D'UN PROJET DE REGISTRE NATIONAL DES ÉDIFICES ET SITES PATRIMONIAUX. NOUS TENONS BEAUCOUP NON SEULEMENT À CE QU'ON TROUVE LES BÂTIMENTS HISTORIQUES IMPORTANTS, MAIS EN OUTRE, DANS CERTAINS CAS, À CE QUE CEUX-CI SOIENT REMIS DANS LEUR ÉTAT INITIAL. CELA EXIGE DE VASTES RESSOURCES FINANCIÈRES ET NOUS SERIONS EXTRÊMEMENT HEUREUX DE TOUTE MESURE QUI SE TRADUIRAIT PAR UNE CONTRIBUTION FÉDÉRALE ACCRUE À CE TITRE.

J'ACCORDE ÉGALEMENT UN INTÉRÊT À LA CONSERVATION DES COLLECTIONS D'ARCHIVES. IL S'AGIT LÀ AUSSI D'UNE URGENCE À L'ÉGARD DE LAQUELLE LA CONTRIBUTION FÉDÉRALE DOIT ÊTRE AUGMENTÉE TANT EN NOUVELLE-ÉCOSSE QUE DANS LE RESTE DU PAYS. PAR CONSÉQUENT,

J'AIMERAIS QU'ON EXAMINE LE PROJET DE CONSERVATION QUE LE CONSEIL CANADIEN DES ARCHIVES A TRANSMIS AU MINISTRE DES COMMUNICATIONS.

DEPUIS, JE SUIS DEVENU RESPONSABLE DU SECTEUR CULTUREL, J'AI ACQUIS LA CONVICTION QU'IL FAUDRA METTRE EN OEUVRE DE NOMBREUX NOUVEAUX PROJETS OU SERVICES. PAR AILLEURS, LES PROGRAMMES ACTUELS INSUFFISAMMENT SUBVENTIONNÉS SONT TROP NOMBREUX. IL RESTE BEAUCOUP À FAIRE POUR AIDER CE SECTEUR EXTRÊMEMENT PRODUCTIF DE LA SOCIÉTÉ À PRENDRE DE LA FORCE ET À GARDER SON ÉQUILIBRE. PAR CONSÉQUENT, JE SUIS VIVEMENT INTÉRESSÉ À DISCUTER AVEC VOUS ET M. MASSE DES EDER À ORIENTATION CULTURELLE OU DE TOUT AUTRE MÉCANISME DE PARTAGE DE FRAIS. IL S'AGIT D'UN ÉLÉMENT EXTRÊMEMENT IMPORTANT ET J'ESPÈRE QUE NOUS ACCOMPLIRONS DES PROGRÈS DANS CE DOMAINE TANT ICI À WINNIPEG QU'AU COURS DE L'EXAMEN DE MESURES DE SUIVI AVEC LE MINISTÈRE DES COMMUNICATIONS OU, DANS NOTRE CAS, AVEC L'AGENCE DES PERSPECTIVES DE L'ATLANTIQUE.

AU COURS DES DERNIÈRES RÉUNIONS, LES DISCUSSIONS AVEC LES GROUPES ET LES INDUSTRIES CULTURELS ONT INVARIABLEMENT FAIT SURGIR DES CRAINTES AU SUJET DU PROJET DE TAXE GÉNÉRALE SUR LES SERVICES. EN NOUVELLE-ÉCOSSE, LE SECTEUR CULTUREL CRAINT QUE LA TPS N'AIT DES EFFETS DÉVASTATEURS. OR, J'AIMERAIS QUE LA QUESTION FASSE L'OBJET D'ÉTUDES ET D'ANALYSES PLUS POUSSÉES AFIN QUE NOUS COMPRENIONS PLEINEMENT LES RÉPERCUSSIONS DE LADITE TAXE.

EN DERNIER LIEU, EU ÉGARD AU BESOIN DE COLLABORATION ET DE DISCUSSION SUR TOUS LES PLANS ENTRE LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES, JE DOIS PRÉCISER QUE LA NOUVELLE-ÉCOSSE EST EN FAVEUR DE L'ÉLARGISSEMENT DU RÔLE DIRECT DU CONSEIL INTERPROVINCIAL DES DIRECTEURS DES AFFAIRES CULTURELLES ET DU CONSEIL CONSULTATIF INTERPROVINCIAL DU PATRIMOINE. C'EST À CE NIVEAU QUE SONT ENTRETENUS DES RAPPORTS DIRECT AVEC LE SECTEUR CULTUREL. JE CROIS QU'IL NE FAIT AUCUN DOUTE QUE LE CIDAC ET LE CCIP DOIVENT RELEVER DES MINISTRES PAR L'ENTREMISE DES SOUS-MINISTRES, MAIS QU'IL EST DANS NOTRE INTÉRÊT D'INCITER CES ORGANISMES À ÉTABLIR LEUR PROPRE ORDRE DU JOUR ET À S'OCCUPER DE CHACUN DES POINTS QUI Y SONT INSCRITS EN PLUS D'EFFECTUER LES TÂCHES PRÉCISES QUE LEUR CONFIENT LES INSTANCES SUPÉRIEURES.

JE VOUS REMERCIE.

CA 1
Z 4
- C52

HONOURABLE BONNIE MITCHELSON, MINISTER
MANITOBA CULTURE, HERITAGE AND RECREATION

OPENING STATEMENT

PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR CULTURE AND HISTORICAL RESOURCES

WEDNESDAY, OCTOBER 4, 1989

LAST YEAR, IN QUEBEC CITY, WE
IDENTIFIED THE GOALS OF THESE ANNUAL CONFERENCES
AS THE SHARING OF IDEAS AND THE ADDRESSING OF
ISSUES OF COMMON INTEREST.

I HAVE SHARED WITH A NUMBER OF MY
PROVINCIAL COLLEAGUES THE NEED TO SET A STRONG
PROVINCIAL AGENDA FOR FUTURE MEETINGS.
PURSUING SUCH A GOAL WOULD REINFORCE THE MANDATE
WE SET FOR OURSELVES LAST YEAR.

- MORE -

OUR FUTURE GOALS MUST ALSO INCLUDE THE STRENGTHENING OF THE ROLES OF OUR TWO SUB-COMMITTEES, THE ICCD (INTERGOVERNMENTAL COMMITTEE OF CULTURAL DIRECTORS) AND IPHAC (INTER-PROVINCIAL HERITAGE COMMITTEE). WE MUST CHARGE THESE TWO COMMITTEES TO LOOK TO THE FUTURE AND RECOMMEND ACTION ON UPCOMING ISSUES.

MANITOBANS TAKE GREAT PRIDE IN MAINTAINING AN AWARENESS OF THEIR ROOTS AS WELL AS WORKING TO KEEP THEIR RESPECTIVE ETHNOCULTURAL COMMUNITIES DYNAMIC AND ALIVE. THE MANITOBA GOVERNMENT IS COMMITTED TO SUPPORTING COMMUNITY ORGANIZATIONS TO ACHIEVE THEIR GOALS.

I MENTIONED LAST YEAR THAT A REPORT
FROM THE MANITOBA TASK FORCE ON MULTICULTURALISM
WAS ABOUT TO BE RELEASED.

I AM PLEASED TO INFORM YOU THAT
FOLLOWING THE RELEASE OF THIS REPORT, THE
GOVERNMENT REITERATED ITS PROMISE TO PROCEED
WITH A POLICY AND SUBSEQUENT LEGISLATION IN
SUPPORT OF MULTICULTURALISM.

- MORE -

IN THE AREA OF HERITAGE, THERE HAVE
BEEN MANY EXCITING DEVELOPMENTS. LATE JULY
MARKED THE BEGINNING OF A SIX-WEEK PILOT PROGRAM
IN PUBLIC ARCHAEOLOGY AT AN EXCAVATION SITE
LOCATED NEAR THE HISTORIC JUNCTION OF THE RED
AND ASSINIBOINE RIVERS.

THE FORKS IS A HERITAGE SITE OF GREAT
SIGNIFICANCE. A NATURAL MEETING PLACE, IT
CONTAINS REMNANTS OF HUMAN HABITATION SOME 3,000
YEARS OLD.

UNDER THE GUIDANCE OF PROFESSIONALS,
SEVERAL HUNDRED VOLUNTEERS, INCLUDING 200
ELEMENTARY AND HIGH SCHOOL STUDENTS, WERE
INVOLVED IN THE SCIENTIFIC RECOVERY OF THEIR
HERITAGE.

IN THAT SIX-WEEK PERIOD, SOME 36,000
VISITORS ALSO TOURED THE DIG AT WHAT WAS ONCE
THE SITE OF FORT GIBRALTER. ALL IN ALL, IT
WAS A VERY SUCCESSFUL PROJECT.

ANOTHER EXCITING DEVELOPMENT CONCERNS
THE CHURCHILL WEST PENINSULA. RECENTLY, I HAD
TO PLEASURE TO SEE FIRST-HAND THE ARCHAEOLOGICAL
FIELD WORK ON THE PENINUSULA, WHICH HAS
UNCOVERED EVIDENCE OF ALL FOUR PRECONTACT
CULTURES RECOGNIZED IN THE CENTRAL ARCTIC.

THE DEPARTMENT IS WORKING WITH THE
COMMUNITY TO DEVELOP A MANAGEMENT PLAN, WHICH
WILL PROTECT THE HERITAGE RESOURCES AND ENABLE
THE LOCAL PEOPLE TO USE THE SITE.

- MORE -

I'M ALSO PLEASED TO NOTE THAT SO FAR IN THIS FISCAL YEAR, WE HAVE INCREASED THE NUMBER OF DESIGNATED HERITAGE BUILDINGS BY MORE THAN 200 PER CENT.

ONE OF THE MOST SIGNIFICANT BUILDINGS DESIGNATED THIS YEAR IS THE MANITOBA LEGISLATIVE BUILDING, WHICH WAS PROCLAIMED A PROVINCIAL HERITAGE SITE ON MANITOBA'S 119TH BIRTHDAY, MAY 12TH, 1989.

- MORE -

MANITOBA HAS ALSO ESTABLISHED AN
EIGHT-MEMBER ARTS POLICY REVIEW COMMITTEE TO
RECOMMEND POLICY GUIDELINES FOR GOVERNMENT
FUNDING OF THE ARTS.

THE EIGHT-MEMBER COMMITTEE HAS BEGUN
DIALOGUE WITH THE ARTS COMMUNITY AND WILL SOON
HOLD PROVINCE-WIDE PUBLIC HEARINGS.

THIS IS THE FIRST REVIEW OF ARTS POLICY
IN MANITOBA SINCE 1979. AND, THE
RECOMMENDATIONS WE RECEIVE WILL GUIDE ARTS
FUNDING INTO THE 1990'S.

MANITOBA IS VERY SUPPORTIVE OF THE
FEDERAL GOVERNMENT'S PROPOSAL TO CONDUCT A
NATION-WIDE STUDY INTO THE MARKETING OF CULTURAL
PRODUCTS.

ALTHOUGH MANY OF THE PROVINCE'S ARTS
COMPANIES ARE IN SOLID FINANCIAL SHAPE, THERE
HAVE BEEN SEVERAL COMPANIES WHICH THIS YEAR HAVE
EXPERIENCED LOSSES. CHANGING DEMOGRAPHICS ARE
CREATING A CHALLENGE FOR THESE ORGANIZATIONS.

THAT IS WHY WE BELIEVE THE MARKETING
INITIATIVE IS SO IMPORTANT.

WE ALSO WANT TO STATE MANITOBA'S STRONG
SUPPORT FOR COST SHARING THE FUNDING OF OUR
CULTURAL INDUSTRIES. WE ARE COMMITTED TO
PROVIDING PROVINCIAL FUNDS AND NOW WE NEED A
SIMILAR COMMITMENT FROM THE FEDERAL GOVERNMENT.

THIS IS A MATTER WE WILL BE ACTIVELY
PURSUING.

MANITOBA IS COMMITTED TO LONG-TERM
PLANNING FOR THE ARTS, BUT OUR EFFORTS WILL BE
GREATLY HAMPERED BY THE FEDERAL GOVERNMENT'S
PROPOSED GOODS AND SERVICES TAX. THIS TAX
WILL HAVE GRAVE EFFECTS ON THE HEALTH AND
VIABILITY OF OUR CULTURAL ORGANIZATIONS.

RECOGNIZING THAT GOVERNMENT HAS A ROLE
IN SUPPORTING THE ARTS, THIS TAX WILL PUT
INCREASING PRESSURE ON OUR PROVINCIAL RESOURCES.

- MORE -

ALTHOUGH WE FEEL IT IS NECESSARY TO
GATHER MORE INFORMATION, WE WANT TO EXPRESS OUR
GOVERNMENT'S CONCERN ABOUT THE EFFECT OF THIS
TAX ON OUR CULTURAL COMMUNITY.

THE GST ALSO PRESENTS A NEED TO ATTUNE
THE BOARDS OF OUR CULTURAL ORGANIZATIONS TO ITS
POSSIBLE EFFECTS.

I LOOK FORWARD TO OUR DISCUSSION ON
THIS MATTER AND TO RAISING OUR CONCERNS WITH THE
FEDERAL MINISTER.

- MORE -

I HOPE FOR FRUITFUL DISCUSSIONS OVER
THE NEXT DAY AND A HALF AND THE BENEFICIAL
SHARING OF IDEAS AND INFORMATION. THANK YOU
VERY MUCH.

JUST BEFORE WE GET INTO THE REMAINING
PRESENTATIONS, AS YOU KNOW, OUR AGENDA IS VERY
EXTENSIVE AND THE TIME SHORT. I ASK THAT EACH
MINISTER DO HIS OR HER BEST TO STAY WITHIN THE
FOUR MINUTE LIMIT ON THEIR PRESENTATION.

PLEASE USE THIS OPPORTUNITY TO
INTRODUCE THE STAFF WHO HAVE ACCOMPANIED YOU.

WE WILL COMMENCE IN ORDER OF
PRECEDENCE, BEGINNING WITH ONTARIO.

- END -

MADAME BONNIE MITCHELSON

MINISTRE DE LA CULTURE, DU PATRIMOINE ET DES LOISIRS
DU MANITOBA

DISCOURS D'OUVERTURE

DE LA

CONFÉRENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE
DES MINISTRES DE LA CULTURE ET DU PATRIMOINE

LE MERCREDI 4 OCTOBRE 1989

L'AN DERNIER, À QUÉBEC, NOUS AVONS DÉFINI LA
RAISON D'ÊTRE DE CES CONFÉRENCES ANNUELLES : ELLES
DOIVENT NOUS PERMETTRE D'ÉCHANGER DES IDÉES ET DE
NOUS PENCHER SUR DES POINTS QUI NOUS TOUCHENT TOUS.

NOUS RESSENTONS, UN CERTAIN NOMBRE DE MES
HOMOLOGUES DES AUTRES PROVINCES ET MOI-MÊME, LE
BESOIN D'ÉTABLIR UN ORDRE DU JOUR BIEN CONSTITUÉ POUR
LES PROCHAINES RENCONTRES, CE QUI RENFORCERAIT LE
MANDAT QUE NOUS NOUS SOMMES DONNÉ L'AN DERNIER.

L'UN DE NOS OBJECTIFS FUTURS DOIT ÊTRE DE CONSOLIDER LE RÔLE DE NOS DEUX SOUS-COMITÉS - LE CIDAC (CONSEIL INTERPROVINCIAL DES DIRECTEURS DES AFFAIRES CULTURELLES) ET LE CCIP (COMITÉ CONSULTATIF INTERPROVINCIAL DU PATRIMOINE). NOUS DEVONS LES PRESSER DE SE TOURNER VERS L'AVENIR ET DE DÉTERMINER QUELLES SONT LES MESURES À PRENDRE POUR QUE NOUS PUISSONS NOUS ATTAQUER À CERTAINS PROBLÈMES.

LES MANITOBAINS SONT FIERES DE LEURS ORIGINES ET S'EFFORCENT D'ENTREtenir LE DYNAMISME ET LA VITALITÉ DE LEURS COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES. LE GOUVERNEMENT, QUANT À LUI, S'EST ENGAGÉ À AIDER LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES À ATTEINDRE CE BUT.

J'AVAIS INDiqué L'AN DERNIER QUE NOUS
ALLIONS PUBLIER LE RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR
LE MULTICULTURALISME.

J'AI LE PLAISIR, À PRÉSENT, DE VOUS INFORMER
QU'À LA SUITE DE LA DIFFUSION DE CE RAPPORT, LE
GOUVERNEMENT A DE NOUVEAU PROMIS D'ÉTABLIR UNE
POLITIQUE EN MATIÈRE DE MULTICULTURALISME, PUIS
D'ADOPTER UNE LOI QUI COUVRE CE DOMAINE.

BIEN DES PROGRÈS ONT ÉTÉ ACCOMPLIS DANS LE
SECTEUR DU PATRIMOINE. FIN JUILLET DERNIER, NOUS
AVONS LANCÉ, PRÈS DU CONFLUENT HISTORIQUE DE LA ROUGE
ET DE L'ASSINIBOINE, UN PROGRAMME-PILOTE
D'ARCHÉOLOGIE OUVERT AU PUBLIC, QUI DEVAIT DURER SIX
SEMAINES.

CE CONFLUENT, APPELÉ LA FOURCHE, EST UN LIEU
D'UNE GRANDE IMPORTANCE DANS L'HISTOIRE DE LA
PROVINCE. POINT DE RENCONTRE NATUREL DE PAR SA
SITUATION, IL CONTIENT DES VESTIGES D'HABITATION QUI
REMONTENT À ENVIRON 3 000 ANS.

SOUS LA DIRECTION DE SPÉCIALISTES, PLUSIEURS
CENTAINES DE BÉNÉVOLES, DONT 200 ÉLÈVES DE
L'ÉLÉMENTAIRE ET DU SECONDAIRE, Y ONT FAIT UNE
REDÉCOUVERTE SCIENTIFIQUE DE LEUR PATRIMOINE.

PENDANT CES SIX SEMAINES ÉGALEMENT, QUELQUE
36 000 PERSONNES ONT VISITÉ LES FOUILLES DE CE SITE,
OÙ SE TROUVAIT JADIS LE FORT GIBRALTAR. CE PROJET
FUT DONC COURONNÉ DE SUCCÈS.

LES TRAVAUX ARCHÉOLOGIQUES DE L'OUEST DE LA
PÉNINSULE DE CHURCHILL, QUE J'AI EU LE PLAISIR DE
VOIR RÉCEMMENT, ONT AUSSI DONNÉ DES RÉSULTATS TRÈS
INTÉRESSANTS. ON A EN EFFET DÉCOUVERT À CET ENDROIT
DES VESTIGES DES QUATRE CULTURES QUE L'ON SAIT AVOIR
EXISTÉ DANS LA RÉGION CENTRALE DE L'ARCTIQUE AVANT
L'ARRIVÉE DES COLONS.

LE MINISTÈRE EST EN TRAIN DE METTRE SUR
PIED, AVEC L'AIDE DE LA COLLECTIVITÉ, UN PLAN DE
GESTION DU PATRIMOINE DE LA RÉGION QUI PERMETTRA AUX
HABITANTS DE PROFITER DU SITE EN QUESTION.

JE SUIS ÉGALEMENT HEUREUSE DE CONSTATER
QU'AU COURS DE CETTE ANNÉE FINANCIÈRE, NOUS AVONS
DÉJÀ AUGMENTÉ DE 200 POUR CENT LE NOMBRE D'IMMEUBLES
CLASSÉS BÂTIMENTS HISTORIQUES.

LE PALAIS LÉGISLATIF, RECONNU COMME SITE DU
PATRIMOINE PROVINCIAL LE 12 MAI 1989 À L'OCCASION DU
119^E ANNIVERSAIRE DU MANITOBA, A ÉTÉ L'UN DES
ÉDIFICES LES PLUS IMPORTANTS À RECEVOIR CE TITRE
CETTE ANNÉE.

LE MANITOBA A EN OUTRE CRÉÉ UN COMITÉ
D'ÉTUDE DE LA POLITIQUE ARTISTIQUE COMPOSÉ DE HUIT
MEMBRES ET CHARGÉ DE RECOMMANDER DES LIGNES
DIRECTRICES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DES ARTS PAR LE
GOUVERNEMENT.

CE COMITÉ A ENTAMÉ UN DIALOGUE AVEC LES
MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ ARTISTIQUE ET IL ORGANISERA
PROCHAINEMENT DES AUDIENCES PUBLIQUES À L'ÉCHELLE DE
LA PROVINCE.

IL S'AGIT DE LA PREMIÈRE ÉTUDE DE LA
POLITIQUE ARTISTIQUE DU MANITOBA DEPUIS 1979. LES
RECOMMANDATIONS QUI EN DÉCOULERONT DONNERONT UNE
ORIENTATION NOUVELLE AU FINANCEMENT DES ARTS POUR LES
ANNÉES 1990.

LE MANITOBA SOUTIENT VIVEMENT LE
GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS SA PROPOSITION DE MENER UNE
ÉTUDE NATIONALE SUR LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS
CULTURELS.

BIEN QUE DE NOMBREUSES COMPAGNIES
ARTISTIQUES PROVINCIALES SOIENT FINANCIÈREMENT EN
BONNE POSITION, PLUSIEURS PARMİ ELLES ONT CONNU DES
RÉSULTATS DÉFICITAIRES CETTE ANNÉE. L'ÉVOLUTION
DÉMOGRAPHIQUE SEMBLE CRÉER DES DIFFICULTÉS À CES
ORGANISMES.

C'EST POURQUOI NOUS PENSONS QUE L'ÉTUDE DE
COMMERCIALISATION EST SI IMPORTANTE.

NOUS TENONS ÉGALEMENT À DIRE COMBIEN LE
MANITOBA EST FAVORABLE AU PARTAGE DES COÛTS EN CE QUI
CONCERNE LE FINANCEMENT DE NOS INDUSTRIES
CULTURELLES. NOUS NOUS ENGAGEONS À FOURNIR LES FONDS
PROVINCIAUX NÉCESSAIRES ET MAINTENANT, NOUS AVONS
BESOIN D'UN ENGAGEMENT SEMBLABLE DU GOUVERNEMENT
FÉDÉRAL.

NOUS ALLONS D'AILLEURS PROCÉDER ACTIVEMENT
AU SUIVI DE CETTE QUESTION.

LE MANITOBA SOUTIENT FERMEMENT LA
PLANIFICATION À LONG TERME DANS LE DOMAINE
ARTISTIQUE, MAIS NOS EFFORTS RISQUENT BEAUCOUP D'ÊTRE
ENTRAVÉS PAR LA TAXE SUR LES PRODUITS ET SERVICES QUE
LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL PROPOSE DE METTRE EN PLACE.
CETTE TAXE AURA DE GRAVES RÉPERCUSSIONS SUR
L'ÉQUILIBRE ET LA VIABILITÉ DE NOS ORGANISMES
CULTURELS.

ÉTANT DONNÉ QUE LE GOUVERNEMENT A UN RÔLE À
JOUER DANS LE FINANCEMENT DES ARTS, CETTE TAXE NE
FERA QU'AJOUTER AUX PRESSIONS QUI S'EXERCENT SUR NOS
RESSOURCES PROVINCIALES.

BIEN QUE NOUS CROYIONS QU'IL EST NÉCESSAIRE
D'OBTENIR D'AVANTAGE D'INFORMATION SUR LE SUJET, NOUS
TENONS À EXPRIMER L'INQUIÉTUDE DE NOTRE GOUVERNEMENT
QUANT AUX RÉPERCUSSIONS DE CETTE TAXE SUR NOTRE
COMMUNAUTÉ CULTURELLE.

IL SEMBLE ÉGALEMENT NÉCESSAIRE DE
FAMILIARISER LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DE NOS
ORGANISMES CULTURELS AVEC LES CONSÉQUENCES POSSIBLES
DE LA TPS.

JE ME FERAI UN PLAISIR DE DISCUTER CETTE
QUESTION AVEC LE MINISTRE FÉDÉRAL ET DE LUI
COMMUNIQUER NOS PRÉOCCUPATIONS.

J'ESPÈRE QUE, PENDANT CETTE JOURNÉE ET
DEMIE, NOS ÉCHANGES SERONT FRUCTUEUX ET QUE NOUS
SAURONS TIRER PROFIT DU PARTAGE DE NOS IDÉES ET DE
NOS INFORMATIONS. JE VOUS REMERCIE DE VOTRE
ATTENTION.

AVANT DE PASSER AUX AUTRES COMMUNICATIONS,
JE TIENS À VOUS RAPPELER QUE NOTRE PROGRAMME EST TRÈS
CHARGÉ POUR LE TEMPS DONT NOUS DISPOSONS. JE
DEMANDERAI DONC À CHAQUE MINISTRE DE FAIRE TOUT SON
POSSIBLE POUR RESPECTER LES QUATRE MINUTES QUI LUI
SONT IMPARTIES POUR PRÉSENTER SON EXPOSÉ.

JE VOUS INVITE ÉGALEMENT À SAISIR CETTE
OCCASION POUR PRÉSENTER LES MEMBRES DU PERSONNEL QUI
VOUS ACCOMPAGNENT.

NOUS COMMENCERONS PAR ORDRE DE PRÉSEANCE
AVEC L'ONTARIO.

CA 1
Z 4
- C52

Document: 860-235/017

PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS
RESPONSIBLE FOR CULTURE AND HISTORICAL RESOURCES

Opening Remarks by Mr. S. Frank Manuel

Newfoundland

Winnipeg, Manitoba
October 4th, 1989

Newfoundland

ANNUAL MEETING OF MINISTERS OF CULTURE AND HERITAGE

OCTOBER, 1989 AT WINNIPEG

=====

I WELCOME THIS OPPORTUNITY TO MEET WITH MY COLLEAGUES FROM THE OTHER PROVINCES TO BROADEN MY APPRECIATION OF THE GREAT VARIETY OF HERITAGE AND CULTURAL ACTIVITIES CURRENTLY BEING UNDERTAKEN ACROSS CANADA AND TO RE-ESTABLISH PERSONAL CONTACTS WHICH ARE SO ESSENTIAL AND HELPFUL WHEN DEALING WITH BROAD ISSUES OF NATIONAL AND REGIONAL CONCERN.

SINCE RETURNING TO THE FIELD OF OF HERITAGE AND CULTURE, I HAVE BEEN SOMEWHAT SURPRISED THAT THROUGHOUT THE COUNTRY THERE IS STILL A LACK OF FINANCIAL RESOURCES AVAILABLE FOR THESE VERY IMPORTANT ASPECTS OF OUR DAILY LIVES.

NEWFOUNDLAND HAS, I BELIEVE, DESPITE FINANCIAL RESTRAINTS, DEMONSTRATED ITS COMMITMENT TO THE AIMS AND OBJECTIVES OF HERITAGE PRESERVATION, AND WE VIEW SUCH ACTIVITIES AS AN ESSENTIAL COMPONENT OF OUR SOCIAL PROGRAMS WHICH ARE DESIGNED TO PRESERVE AND IMPROVE

THE BEST OF OUR LONG-STANDING AND DEEPLY ENTRENCHED CULTURAL IDENTITY.

OVER THE PAST YEARS MY DEPARTMENT HAS TAKEN A NUMBER OF INITIATIVES TO ENSURE THE PROPER MANAGEMENT OF OUR HERITAGE RESOURCES AND TO MAKE THEM MORE ACCESSIBLE TO THE GENERAL PUBLIC. WE HAVE TAKEN STEPS TO DEVELOP A REGIONAL MUSEUM NETWORK WHICH WILL INCREASE ACCESSIBILITY TO THE PROVINCIAL COLLECTION AND WHICH WILL SERVE AS REGIONAL RESOURCE CENTRES FOR OUR EVER EXPANDING COMMUNITY MUSEUM NETWORK. ADDITIONAL SUPPORT HAS BEEN PROVIDED FOR LOCAL MUSEUMS AND WE HAVE ENCOURAGED THE ESTABLISHMENT OF A MUSEUM ASSOCIATION WHICH PROVIDES A WIDE RANGE OF SERVICES TO THE MUSEUM COMMUNITY.

WE HAVE ESTABLISHED AND FUNDED THE HERITAGE FOUNDATION OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR WHICH HAS BECOME ACTIVELY INVOLVED IN DESIGNATING HERITAGE BUILDINGS, PROVIDING MODEST FUNDING FOR BUILDING RESTORATION AND IS UNDERTAKING A GENERAL HERITAGE AWARENESS PROGRAM WHICH SHOULD HAVE LONG-TERM RESULTS.

WE HAVE BECOME INCREASINGLY INVOLVED IN THE ENVIRONMENTAL ASSESSMENT PROCESS TO ENSURE THAT OUR RICH ARCHAEOLOGICAL RESOURCES ARE IDENTIFIED AND PRESERVED FROM CARELESS DAMAGE AND WE CONTINUE TO ENCOURAGE A VARIETY OF ARCHAEOLOGICAL ACTIVITY INCLUDING EXTENSIVE WORK ON THE INTERNATIONALLY SIGNIFICANT RED BAY BASQUE SITE.

WE HAVE RECENTLY FORMED A COMMITTEE WITH OUR COUNTERPARTS AT PARKS CANADA TO DETERMINE AND OVERSEE THE FUTURE DEVELOPMENT OF THE RED BAY BASQUE SITE, AS WELL AS THAT WHOLE AREA OF SOUTHERN LABRADOR. WE HAVE ENGAGED CONSULTANTS (WITH THE CO-OPERATION OF OUR GOVERNMENT'S DEPARTMENT OF DEVELOPMENT) WHO HAVE CARRIED OUT AN INDEPTH STUDY OF THE REGION, AND HAVE PROVIDED RECOMMENDATIONS FOR FUTURE DEVELOPMENT. I WOULD NOTE, HERE, THAT I STRONGLY BELIEVE THAT SPECIALISTS IN THE HERITAGE AREA MUST CO-OPERATE WITH THEIR COUNTERPARTS IN THE TOURISM FIELD TO ENSURE THAT REGIONAL HERITAGE AND TOURISM DEVELOPMENT TAKE PLACE IN A PLANNED MANNER WHICH WILL ENSURE MAXIMUM RESULTS.

I WOULD NOTE THAT, IN PREPARATION FOR DEVELOPMENT OF THE RED BAY SITE, THE MUNICIPAL AFFAIRS SECTOR OF MY DEPARTMENT IS PRESENTLY IMPROVING INFRASTRUCTURE BY THE DEVELOPMENT OF WATER AND SEWAGE PROJECTS IN THE AREA, AND OTHER DEPARTMENTS OF GOVERNMENT ARE BUILDING AND PAVING A HIGHWAY TO THE AREA.

OUR HISTORIC SITES BRANCH HAS UNDERTAKEN THE DEVELOPMENT OF A NUMBER OF IMPORTANT PROVINCIAL SITES AND HAVE BEGUN A PROVINCIAL INVENTORY OF HERITAGE BUILDINGS, AN ESSENTIAL FIRST-STEP IN THE NATIONAL DEVELOPMENT OF THIS VALUABLE RESOURCE.

ACTIVE HERITAGE PRESERVATION HAS, HOWEVER, HAD A SHORT HISTORY IN OUR PROVINCE AND A GREAT DEAL REMAINS TO BE ACCOMPLISHED. WE

HAVE GIVEN A HIGH PRIORITY TO PROVIDING PROPER FACILITIES FOR THE NEWFOUNDLAND MUSEUM AND THE PROVINCIAL ARCHIVES TO ALLOW THEM TO MEET THEIR LEGISLATED MANDATE AND I AM OPTIMISTIC THAT SOME PROGRESS WILL BE MADE ON THIS IMPORTANT INITIATIVE IN THE FORESEEABLE FUTURE.

ON A NATIONAL SCALE, SUCH ISSUES AS THE DEVELOPMENT OF A NEW NATIONAL MUSEUM POLICY, INCREASED PROTECTION FOR HERITAGE STRUCTURES, ALTERATION TO THE CURRENT TAX TREATMENT FOR HERITAGE BUILDINGS AND THE LEGITIMATE ROLE OF HERITAGE PROJECTS WITHIN THE FIELD OF TOURISM PROMOTION ARE ALL ISSUES OF CURRENT CONCERN AND I LOOK FORWARD TO A FREE EXCHANGE OF IDEAS ON THESE AND RELATED CURRENT MATTERS.

IN 1967, THE GOVERNMENT OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR OFFICIALLY OPENED ITS FIRST CENTRE FOR THE PERFORMING ARTS, WHICH WAS A JOINTLY FUNDED PROJECT BY THE FEDERAL AND PROVINCIAL GOVERNMENTS TO MARK CANADA'S CENTENNIAL. SINCE THAT TIME, GOVERNMENT HAS ESTABLISHED A TOTAL OF SIX ARTS AND CULTURE CENTRES IN THE MAJOR CENTRES OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR. THESE CENTRES ALL CONTAIN THEATRES, EXHIBITION FACILITIES, MULTIPURPOSE ROOMS AND, IN TWO CASES, SWIMMING POOLS, AND IN ANOTHER A PUBLIC LIBRARY FACILITY. ALL OF THESE FACILITIES TOGETHER WITH THE ANCILLARY AREAS PROVIDED IN EACH CENTRE, MAKES THEM TRULY COMMUNITY CENTRES WHERE SO MUCH OF THE CULTURAL LIFE OF THESE COMMUNITIES NOW TAKES PLACE. I BELIEVE THAT THE GOVERNMENT OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR

IS THE ONLY GOVERNMENT IN CANADA TO OPERATE ITS OWN SERIES OF SUCH CULTURAL CENTRES.

IN ADDITION TO THE NETWORK OF ARTS AND CULTURE CENTRES, THE PROVINCE HAS, IN RECENT YEARS, IDENTIFIED NEEDS AND NOW PROVIDES PERFORMANCES FOR FOURTEEN ADDITIONAL COMMUNITIES KNOWN AS "SECOND CIRCUIT VENUES" WHICH ARE NOW, THROUGH THE TREMENDOUS CO-OPERATION OF LOCAL SPONSORING GROUPS, ABLE TO PROVIDE A VARIED PROGRAM OF PERFORMING ARTS ACTIVITIES. IT IS ESTIMATED THAT WITH THE ARTS AND CULTURE CENTRES AND SECOND CIRCUIT PROGRAMS, BETTER THAN 85 PER CENT OF THE POPULATION OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR IS WITHIN REACH OF PERFORMING ARTS PROGRAMMING WHICH INCLUDES INTERNATIONAL, NATIONAL, PROVINCIAL, AND REGIONAL PERFORMANCES. THIS HAS BEEN DONE PRIMARILY BECAUSE SUCCESSIVE GOVERNMENTS OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR HAVE FULLY REALIZED THE IMPORTANCE, AND THE ABSOLUTE NECESSITY, OF PROVIDING SERVICES OF THIS NATURE TO ENSURE THE PRESERVATION OF OUR OWN UNIQUE CULTURE AND HERITAGE.

A MAJOR, PROVINCE-WIDE STUDY OF CULTURE AND THE ARTS IS PRESENTLY BEING CARRIED OUT THROUGHOUT NEWFOUNDLAND AND LABRADOR SO THAT THE IMPACT OF THE ARTS ON OUR PROVINCE CAN BE DETERMINED, AND SO THAT ACCURATE INFORMATION CAN BE PROVIDED TO ASSIST IN PLANNING FOR THE ARTS AND CULTURE IN MY PROVINCE DURING YEARS TO COME.

I HAVE MENTIONED THIS, SINCE, GIVEN THE NATURE OF OUR

CONFERENCE THIS WEEK, YOU WILL UNDERSTAND THE IMPORTANCE AND EMPHASIS WHICH THE GOVERNMENT OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR PLACES ON CULTURE AND HERITAGE IN OUR PROVINCE. IT HAS OFTEN BEEN SAID THAT CANADA, AS A NATION, IS THE SUM OF ITS PARTS AND NEVER WAS THIS STATEMENT MORE TRUE THAN WHEN ONE LOOKS AT THE CULTURE AND HERITAGE OF EACH PROVINCE AND TERRITORY WHICH ARE SO UNIQUE AND DISTINCTIVE ON THEIR OWN AND, AT THE SAME TIME, PROVIDE CANADA, AS A NATION, WITH ITS OWN DISTINCT CULTURE AND HERITAGE TO DISPLAY TO THE REST OF THE WORLD.

WHILE MANY OF US HAVE TO BE VERY CONSCIOUS AND AWARE OF THE IMPORTANCE OF CULTURE IN OUR OWN PROVINCES, IT IS ESSENTIAL THAT WHEREVER POSSIBLE, THE PROVINCES ARE SUPPORTIVE OF NATIONAL ENDEAVOURS THAT WILL GENERALLY AID AND ASSIST THE DEVELOPMENT AND PRESERVATION OF OUR OWN INDIVIDUAL PROVINCES' AND TERRITORIES' CULTURE AND HERITAGE.

FOR THIS REASON, I AM LOOKING FORWARD TO THESE DISCUSSIONS WHERE WE WILL BE REVIEWING AND RECEIVING REPORTS ON MATTERS WHICH ARE EXTREMELY IMPORTANT IN AREAS SUCH AS FINANCING OUR ARCHIVES AND THE CULTURAL SECTOR, MARKETING OF CULTURAL PRODUCTS AND OTHER MATTERS PERTAINING TO THE ECONOMIC IMPACT OF THE ARTS AND HERITAGE IN OUR NATIONAL AND PROVINCIAL ECONOMIES. I AM PARTICULARLY INTERESTED IN DISCUSSION ON SUPPORT FOR NATIONAL TRAINING INSTITUTIONS, SINCE THE GOVERNMENT PLACES GREAT IMPORTANCE ON THE FACT THAT SUCH INSTITUTIONS AS THE NATIONAL THEATRE SCHOOL OF CANADA, PROVIDE AN

OPPORTUNITY, ON AN ANNUAL BASIS, FOR YOUNG PEOPLE IN MY PROVINCE TO AUDITION, KNOWING THAT IF THEY ARE ACCEPTED, THEY WILL BE ADMITTED TO THAT INSTITUTION ON THE BASIS OF THEIR ABILITY. THERE ARE OTHER ORGANIZATIONS PROVIDING SIMILAR TYPES OF OPPORTUNITIES FOR PEOPLE LIVING IN NEWFOUNDLAND AND LABRADOR AND THEY PLAY AN EXTREMELY IMPORTANT ROLE IN THE CULTURAL LIFE OF THE PROVINCE. SIMILARLY, ONE HAS TO BE AWARE OF THE NATURE AND SCOPE OF THE STATUS OF THE ARTISTS IN OUR SOCIETY. I LOOK FORWARD TO HEARING YOUR VIEWS ON ALL OF THESE ANY MANY OTHER MATTERS WHICH ARE EQUALLY IMPORTANT IN THE CONTINUING DEVELOPMENT OF PROGRAMS AND PROJECTS DESIGNED TO ENHANCE AND SUPPORT OUR CULTURE AND HERITAGE, NOT ONLY IN OUR INDIVIDUAL PROVINCES AND TERRITORIES, BUT ALSO OUR COUNTRY, AS A WHOLE.

CA1
Z 4
-C 52

Document: 860-235/017

**CONFÉRENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE DES SOUS-MINISTRES
RESPONSABLES DE LA CULTURE ET DES RESSOURCES HISTORIQUES**

Allocution d'ouverture de M. S. Frank Manuel

Terre-Neuve

**WINNIPEG (Manitoba)
Le 4 octobre 1989**

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

Terre-Neuve

RÉUNION ANNUELLE DES MINISTRES
DE LA CULTURE ET DES RICHESSES HISTORIQUES
EN OCTOBRE 1989 À WINNIPEG
=====

JE SUIS HEUREUX DE L'OCCASION QUI M'EST DONNÉE DE RENCONTRER MES HOMOLOGUES DES AUTRES PROVINCES POUR MIEUX CONNAÎTRE LA GRANDE VARIÉTÉ D'ACTIVITÉS À CARACTÈRE CULTUREL ET PATRIMONIAL EN COURS DANS L'ENSEMBLE DU PAYS ET POUR RENOUER DES LIENS TELLEMENT INDISPENSABLES ET UTILES LORSQU'ON TRAITE DE QUESTIONS D'INTÉRÊT NATIONAL ET RÉGIONAL QUI ONT UNE VASTE PORTÉE.

DEPUIS MON RETOUR AU PORTEFEUILLE DU PATRIMOINE ET DE LA CULTURE, J'AI ÉTÉ QUELQUE PEU SURPRIS DE CONSTATER QUE, DANS L'ENSEMBLE DU PAYS, ENCORE TROP PEU DE RESSOURCES FINANCIÈRES SONT CONSACRÉES À CES ÉLÉMENTS EXTRÊMEMENT IMPORTANTS DANS NOTRE VIE DE TOUS LES JOURS.

À MON AVIS, ET MALGRÉ LES COMPRESSIONS BUDGÉTAIRES, TERRE-NEUVE A DÉMONTRÉ QU'ELLE ÉTAIT DÉTERMINÉE À ATTEINDRE LES OBJECTIFS EN MATIÈRE DE PRÉSERVATION DU PATRIMOINE. NOUS CONSIDÉRONS LES ACTIVITÉS SUR CE PLAN COMME UN VOLET INDISPENSABLE DE NOS PROGRAMMES SOCIAUX DESTINÉS À PROTÉGER ET À

METTRE EN VALEUR LES MEILLEURS ÉLÉMENTS DE NOS VIEILLES TRADITIONS PROFONDÉMENT ENRACINÉES.

PAR LE PASSÉ, MON MINISTÈRE A PRIS DIVERSES MESURES POUR ASSURER UNE GESTION CONVENABLE DE NOTRE PATRIMOINE ET FAIRE EN SORTE QUE LE GRAND PUBLIC Y AIT DAVANTAGE ACCÈS. NOUS AVONS PRIS DES DISPOSITIONS POUR CONSTITUER UN RÉSEAU DE MUSÉES RÉGIONAUX QUI ÉLARGIRONT L'ACCÈS À LA COLLECTION PROVINCIALE ET SERVIRONT DE CENTRES DE RESSOURCES RÉGIONAUX POUR LE RÉSEAU DE MUSÉES COMMUNAUTAIRES QUI EST CONSTAMMENT EN EXPANSION. NOUS AVONS ACCRU L'AIDE VERSÉE AUX MUSÉES LOCAUX ET FAVORISÉ LA CRÉATION D'UNE ASSOCIATION DE MUSÉES QUI FOURNIT UN VASTE ÉVENTAIL DE SERVICES À CE SECTEUR.

NOUS AVONS INSTITUÉ ET SUBVENTIONNÉ LA FONDATION DU PATRIMOINE DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR QUI PARTICIPE DIRECTEMENT À LA DÉSIGNATION DES BÂTIMENTS HISTORIQUES, ACCORDE DE MODESTES SUBVENTIONS AUX FINS DE LA RESTAURATION DES ÉDIFICES, ET DIRIGE UN PROGRAMME GÉNÉRAL DE SENSIBILISATION AU PATRIMOINE DONT LES RÉSULTATS DEVRAIENT SE FAIRE SENTIR À LONG TERME.

NOUS NOUS SOMMES INTÉRESSÉS DE PLUS EN PLUS AU PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT POUR FAIRE EN SORTE QUE NOS ABONDANTES RICHESSES ARCHÉOLOGIQUES SOIENT REPÉRÉES ET MISES À L'ABRI DE DOMMAGES IMPUTABLES À LA NÉGLIGENCE. NOUS CONTINUONS DE SOUTENIR DIVERSES ACTIVITÉS ARCHÉOLOGIQUES, Y COMPRIS LES

TRAVAUX DE GRANDE AMPLEUR À L'EMPLACEMENT BASQUE DE RED BAY QUI REVÊT UNE IMPORTANCE INTERNATIONALE.

NOUS AVONS RÉCEMMENT FORMÉ UN COMITÉ AVEC DES HOMOLOGUES DE PARCS CANADA EN VUE DE DÉCIDER QUELS TRAVAUX SERONT EFFECTUÉS AU SITE DE RED BAY ET DANS L'ENSEMBLE DE LA RÉGION DU SUD DU LABRADOR AINSI QUE POUR SURVEILLER L'ÉVOLUTION DE CES TRAVAUX. NOUS AVONS RETENU LES SERVICES D'EXPERTS-CONSEILS (EN COLLABORATION AVEC LE MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT) QUI ONT PROCÉDÉ À UNE ÉTUDE COMPLÈTE DE LA RÉGION ET FORMULÉ DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA MISE EN VALEUR FUTURE. PERMETTEZ-MOI D'AJOUTER À CE POINT-CI QUE J'AI LA FERME CONVICTION QUE LES SPÉCIALISTES DANS LE SECTEUR DU PATRIMOINE DOIVENT COLLABORER AVEC LEURS HOMOLOGUES DU SECTEUR TOURISTIQUE POUR QUE LA MISE EN VALEUR DU PATRIMOINE ET DU TOURISME DANS LA RÉGION S'EFFECTUE SUIVANT UN PLAN QUI GARANTIRA LES MEILLEURS RÉSULTATS.

JE PRÉCISE EN OUTRE QU'EN VUE DE L'EXPLOITATION DU SITE DE RED BAY, LE SECTEUR DES AFFAIRES MUNICIPALES DE MON MINISTÈRE S'OCCUPE À L'HEURE ACTUELLE D'AMÉLIORER L'INFRASTRUCTURE EN METTANT AU POINT DES PROJETS D'AQUEDUC ET D'ÉGOUT POUR LA RÉGION, TANDIS QUE D'AUTRES MINISTÈRES SE CHARGENT DE CONSTRUIRE ET D'ASPHALTER UNE ROUTE QUI MÈNERA À CET ENDROIT.

NOTRE DIRECTION DES SITES HISTORIQUES A ENTREPRIS DE FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT D'IMPORTANTS SITES PROVINCIAUX ET

D'ÉTABLIR UN RÉPERTOIRE DES BÂTIMENTS HISTORIQUES, PREMIÈRE ÉTAPE INDISPENSABLE POUR LA MISE EN VALEUR DE CETTE PRÉCIEUSE RESSOURCE À L'ÉCHELLE NATIONALE.

TOUTEFOIS, LES ACTIVITÉS CONCRÈTES DE PRÉSERVATION DU PATRIMOINE N'EXISTENT DANS NOTRE PROVINCE QUE DEPUIS PEU DE TEMPS ET IL RESTE ENCORE BEAUCOUP À FAIRE. NOUS AVONS ACCORDÉ UN HAUT DEGRÉ DE PRIORITÉ À L'ÉTABLISSEMENT D'INSTALLATIONS CONVENABLES POUR LES MUSÉES ET LES ARCHIVES DE TERRE-NEUVE AFIN QUE CES SERVICES PUISSENT EXÉCUTER LE MANDAT PRÉVU PAR LA LOI. J'AI BON ESPOIR QUE DES PROGRÈS SOIENT ACCOMPLIS SUR CE PLAN CAPITAL DANS UN AVENIR RELATIVEMENT RAPPROCHÉ.

À L'ÉCHELLE NATIONALE, LES QUESTIONS SUIVANTES SONT TOUTES D'ACTUALITÉ : L'ÉLABORATION DE NOUVELLES POLITIQUES NATIONALES À L'ÉGARD DES MUSÉES, UNE PROTECTION ACCRUE DU PATRIMOINE, DES MODIFICATIONS AU TRAITEMENT FISCAL RÉSERVÉ À L'HEURE ACTUELLE AUX ÉDIFICES HISTORIQUES ET UNE DÉFINITION DU RÔLE LÉGITIME DES PROJETS À VOCATION PATRIMONIALE DANS LE CONTEXTE DE LA PROMOTION TOURISTIQUE. J'ESPÈRE QUE TOUS PARTICIPERONT LIBREMENT À UN ÉCHANGE D'IDÉES SUR CES QUESTIONS ET D'AUTRES POINTS S'Y RAPPORTANT.

EN 1967, LE GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR INAUGURAIT OFFICIELLEMENT SON PREMIER CENTRE D'ARTS D'INTERPRÉTATION. CE PROJET A ÉTÉ SUBVENTIONNÉ CONJOINTEMENT PAR

LES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL ET PROVINCIAUX AFIN DE SOULIGNER LE CENTENAIRE DU CANADA. DEPUIS, NOTRE GOUVERNEMENT A MIS SUR PIED SIX CENTRES DES ARTS ET DE LA CULTURE DANS LES PRINCIPALES VILLES DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR. CES CENTRES OFFRENT TOUS UN THÉÂTRE, DES SALLES D'EXPOSITION, DES SALLES POLYVALENTES, DES PISCINES DANS DEUX CAS ET UNE BIBLIOTHÈQUE PUBLIQUE DANS UN AUTRE. TOUTES CES INSTALLATIONS ET LES LOCAUX AUXILIAIRES QUE COMPORTE CHAQUE CENTRE FONT VRAIMENT DE CES DERNIERS DES CARREFOURS COMMUNAUTAIRES OÙ SE DÉROULE MAINTENANT UNE BONNE PART DES ACTIVITÉS CULTURELLES DES COLLECTIVITÉS EN QUESTION. JE CROIS QUE LE GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR EST LE SEUL AU PAYS À DIRIGER SA PROPRE SÉRIE DE CENTRES CULTURELS.

LA PROVINCE A DÉCELÉ, AU COURS DES DERNIÈRE ANNÉES, UN BESOIN DE PRÉSENTER DES SPECTACLES DANS QUATORZE AUTRES COLLECTIVITÉS CONSTITUANT EN QUELQUE SORTE UN "CIRCUIT SECONDAIRE" QUI S'AJOUTE AU PREMIER RÉSEAU DE CENTRES ARTISTIQUES ET CULTURELS. AINSI, À L'HEURE ACTUELLE, UN PROGRAMME VARIÉ D'ARTS D'INTERPRÉTATION EST PRÉSENTÉ DANS CES COLLECTIVITÉS GRÂCE À L'EXCELLENTE COLLABORATION QUI S'EST ÉTABLIE AVEC DES GROUPES DE PARRAINAGE LOCAUX. ON ESTIME QUE LES CENTRES ARTISTIQUES ET CULTURELS ET LES PROGRAMMES DESTINÉS AU CIRCUIT SECONDAIRE PERMETTENT DE REJOINDRE PLUS DE 85 P. 100 DE LA POPULATION DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR AFIN DE LUI OFFRIR DES SPECTACLES À CARACTÈRE INTERNATIONAL, NATIONAL, PROVINCIAL ET RÉGIONAL. LE CRÉDIT EN REVIENT D'ABORD ET AVANT TOUT AUX GOUVERNEMENTS

SUCCESSIFS DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR QUI SE SONT PLEINEMENT RENDUS COMPTE DE L'IMPORTANCE, VOIRE DE L'ABSOLUE NÉCESSITÉ, D'OFFRIR DES SERVICES DE CE GENRE AFIN DE PROTÉGER NOTRE CULTURE ET NOTRE PATRIMOINE UNIQUES.

À L'HEURE ACTUELLE, UNE VASTE ÉTUDE PORTANT SUR LA CULTURE ET LES ARTS DANS L'ENSEMBLE DE LA PROVINCE EST EN COURS AFIN QUE NOUS PUISSIONS ÉVALUER LES RÉPERCUSSIONS DES ARTS SUR NOTRE TERRITOIRE ET OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS EXACTS QUI SERVIRONT À ÉLABORER DES PLANS POUR LES ARTS ET LA CULTURE DANS LA PROVINCE AU COURS DES PROCHAINES ANNÉES.

J'AI FAIT ÉTAT DE CES INTERVENTIONS POUR QUE, EU ÉGARD À LA NATURE DE LA CONFÉRENCE QUI A LIEU CETTE SEMAINE, VOUS VOUS RENDIEZ COMPTE DE L'IMPORTANCE ET DE LA PRIORITÉ QUE MON GOUVERNEMENT ACCORDE À LA CULTURE ET AU PATRIMOINE DANS NOTRE PROVINCE. ON A SOUVENT DIT QUE LE CANADA, COMME NATION, EST LA SOMME DE SES PARTIES. CETTE AFFIRMATION SE CONFIRME PLUS QUE JAMAIS LORSQU'ON SONGE QUE CHAQUE PROVINCE ET TERRITOIRE A UNE CULTURE ET UN PATRIMOINE UNIQUES ET PROPRES, CE QUI N'EMPÊCHE PAS LE CANADA, COMME PAYS, DE SE PRÉSENTER AU RESTE DU MONDE AVEC UNE CULTURE ET UN PATRIMOINE DISTINCTS.

NOMBREUX SONT CEUX PARMI NOUS QUI DOIVENT ÊTRE EXTRÊMEMENT CONSCIENTS ET SOUCIEUX DU RÔLE FONDAMENTAL DE LA CULTURE DANS LEUR PROPRE PROVINCE, MAIS IL EST NÉANMOINS ESSENTIEL QU'EN AUTANT QUE POSSIBLE, LES PROVINCES APPUIENT LES PROJETS NATIONAUX. EN RÈGLE GÉNÉRALE, CES DERNIERS FAVORISENT ET FACILITENT LA MISE EN VALEUR ET LA PROTECTION DE LA CULTURE ET DU PATRIMOINE DE CHAQUE PROVINCE ET TERRITOIRE.

POUR CETTE RAISON, J'AI HÂTE QUE NOUS DISCUTIONS ET EXAMINIONS DES RAPPORTS D'IMPORTANCE CAPITALE QUI ONT TRAIT NOTAMMENT AUX RESSOURCES FINANCIÈRES CONSACRÉES AUX SERVICES DES ARCHIVES ET AU SECTEUR CULTUREL, À LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS CULTURELS ET À D'AUTRES ASPECTS RELATIFS À L'INCIDENCE ÉCONOMIQUE DES ARTS ET DU PATRIMOINE SUR NOS ÉCONOMIES NATIONALES ET PROVINCIALES. J'ATTACHE UN INTÉRÊT PARTICULIER AUX DISCUSSIONS SE RAPPORTANT À L'AIDE AUX INSTITUTIONS NATIONALES DE FORMATION, PARCE QUE MON GOUVERNEMENT ESTIME QU'IL EST EXTRÊMEMENT IMPORTANT QUE LES INSTITUTIONS COMME L'ÉCOLE NATIONALE DE THÉÂTRE DONNENT À CHAQUE ANNÉE À DES JEUNES DE MA PROVINCE LA POSSIBILITÉ DE SE PRÉSENTER À DES AUDITIONS EN SACHANT QUE S'ILS RÉUSSISSENT CES DERNIÈRES, LEUR TALENT LEUR OUVRIRA LES PORTES DE CETTE INSTITUTION. D'AUTRES ORGANISATIONS OFFRENT DES POSSIBILITÉS ANALOGUES AUX GENS DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR ET C'EST POURQUOI ELLES SONT CAPITALES POUR LA VIE CULTURELLE DANS LA PROVINCE. DANS LA MÊME VEINE, IL FAUT ÊTRE CONSCIENT DU RÔLE ET DE LA PLACE DES ARTISTES DANS NOTRE SOCIÉTÉ.

J'AI HÂTE DE CONNAÎTRE VOS OPINIONS SUR TOUTES CES QUESTIONS ET SUR DE NOMBREUSES AUTRES AUSSI IMPORTANTES POUR L'ÉLABORATION CONSTANTE DE PROGRAMMES ET DE PROJETS DESTINÉS À SOUTENIR DAVANTAGE LA CULTURE ET LE PATRIMOINE, NON SEULEMENT DANS CHAQUE PROVINCE ET TERRITOIRE, MAIS ÉGALEMENT DANS L'ENSEMBLE DU PAYS.

CA 1
Z 4
- C52

PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS RESPONSIBLE
FOR CULTURE AND HISTORICAL RESOURCES

CONFÉRENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES RESPONSABLES
DE LA CULTURE ET DES RESSOURCES HISTORIQUES

WINNIPEG, Manitoba
October 4th, 1989

WINNIPEG (Manitoba)
Le 4 octobre 1989

LIST OF PUBLIC DOCUMENTS

LISTE DES DOCUMENTS PUBLICS

DOCUMENT NO. NUMÉRO DU DOCUMENT	SOURCE ORIGINE	TITLE TITRE
860-235/010	✓ Québec	✓ Opening Statement ✓ Déclaration d'ouverture
860-235/011	✓ Québec	✓ Presentation of the orientations and major policies of the Ministère des Affaires culturelles ✓ Présentation des orientations et des politiques majeures du Ministère des Affaires culturelles
860-235/013	✓ Nova Scotia	✓ Opening Remarks by the Honourable Roland J. Thornhill
860-235/015	✓ Manitoba	✓ Opening Statement ✓ Discours d'ouverture
860-235/017	✓ Newfoundland	✓ Opening Remarks by Mr. S. Frank Manuel
860-235/021	Secretariat Secrétariat	List of Public Documents Liste des documents publics

100
100
100

CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION

Final Program



VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.



National Symposium on

Health Promotion and Disease Prevention

March 12-15, 1989

Conference Centre, Victoria, British Columbia

Sponsored by: The Provinces and Territories of Canada

Hosted by: Ministry of Health, Province of British Columbia and Capital
Regional District

FINAL PROGRAM

ERRATA

FINAL PROGRAM

SUNDAY, MARCH 12

No Host Reception

Assembly Prefunction

MONDAY, MARCH 13

Luncheon - Honourable Elinor Caplan

Salon B/C

(replacing Mme. Thérèse Lavoie-Roux)

TUESDAY, MARCH 14

"Partners for Health in Government"

Rhéal LeBlanc, M.S.W., Edmonton, Alberta

Lecture Theatre

(replacing Frank Maynard)



WELCOME

It is a great pleasure for us to welcome you to Victoria, British Columbia for the National Symposium on Health Promotion and Disease Prevention, jointly sponsored by the Provinces and Territories of Canada.

Such issues as population aging, new technology, and the changing patterns of disease and disability in our modern society pose a major challenge to our excellent health care system as we seek to further improve the quality of care and the health of Canadians in the years ahead.

There is a great deal of interest and enthusiasm for a renewed focus on promotion and prevention as a strategic means of achieving our objectives for a healthier tomorrow. It is our hope that the meeting in Victoria will promote a stimulus to further action in this regard, and lead to the development of additional coordinated initiatives across Canada.

Through a combination of challenging plenary addresses, reports and panel discussions, as well as concurrent program presentations and policy working groups, the Symposium will provide an excellent forum for your participation. We are confident it will succeed in spurring us all to greater action in prevention and promotion.

To your very good health, and that of all Canadians.

Hon. Peter Dueck
Minister of Health
Province of
British Columbia

Mrs. Susan Brice
Chairman,
Capital Regional District

Purpose:

Following their 29th Annual Conference in Saskatoon, the Premiers directed that this National Symposium be held:

"to act as a catalyst for nation-wide planning on coordinated initiatives in Health Promotion and Disease Prevention to balance the attention now being directed toward treatment of disease."

The Symposium has therefore been planned as a forum in which delegates can share information, debate, and build consensus on the future of health promotion in Canada. In order to accomplish this, the agenda will focus attention on the challenges facing health promotion and actions needed to implement health promoting policies, plans and programs in the Provinces and Territories of Canada.

Meeting Format

The Symposium agenda includes Plenary Sessions in the Lecture Theatre, and Concurrent Sessions (Program Presentations and Policy Groups) in various breakout rooms.

Provincial, Territorial and Federal delegates have been designated to participate in either the Program Presentations or Policy Groups by their respective jurisdictions. Appropriate detailed information has been included in individual delegate kits.

Delegates attending Program Presentations will be asked to select particular sessions they wish to attend at the time of registration.

Symposium Services

Information regarding the Symposium, social tours, and area attractions is available at the Registration/Information desk in the Conference Centre.

The Canadian Intergovernmental Conference Secretariat is providing general office services for the Symposium, in addition to full English/French interpretation for all sessions, and translation services as required.

Delegates wishing assistance in mailing Symposium materials home may present these at the Information desk prior to their departure.

Acknowledgements

Appreciation is extended to the following organizations and individuals for their assistance in staging the Symposium:

Canadian Intergovernmental Conference Secretariat,
Ottawa
Conference Office, University of Victoria: Ms. Mary Ransberry, Conference Officer; Ms. Noelle Henricks, Assistant Conference Officer
Victoria Conference Centre: Mr. Tom Lietaer, Manager; Mr. Marechal Dearmond, Sales Manager
Office of the Speaker, Province of British Columbia: Ms. Elaine Dunbar
Office of the Minister of Health, Province of British Columbia: Mr. Peter Wearing, Ministerial Assistant
Harbour Towers Hotel: Victoria, British Columbia
Chateau Victoria Hotel: Victoria, British Columbia
Executive Towers Hotel: Victoria, British Columbia

National Symposium Planning Contacts

The Local Organizing Committee would like to acknowledge the efforts of those in various jurisdictions who assisted in the planning of this event by coordinating participation from their areas.

Alberta

Mr. Don Junk, Assistant Deputy Minister, Policy Development Division, Alberta Health; *Mr. Marc Gallop*, Senior Consultant, Health Promotion, Alberta Health

Canada

Ms. Lavada Pinder, Director General, Health Promotion Directorate, Health Services and Promotions Branch, Department of National Health and Welfare; *Ms. Rita Stern*, Regional Director, Health Promotion Directorate, Health Services and Promotions Branch, Department of National Health and Welfare

Manitoba

Dr. Sharon Macdonald, Assistant Deputy Minister, Community Health Services, Department of Health; *Mr. Bob Layne*, Program Analyst, Community Health Services, Department of Health

New Brunswick

Ms. Brenda Boucher, Coordinator, Federal/Provincial Relations, Department of Health and Community Services

Newfoundland

Dr. Kevin Hogan, Director of Community Health, Department of Health

Northwest Territories

Ms. Elaine Berthelet, Assistant Deputy Minister, Community Health, Department of Health; *Ms. Sandra McKenzie*, Director, Community Health Standards, Community Health, Department of Health

Nova Scotia

Mr. Dean Hirtle, Assistant to the Deputy Minister, Department of Health and Fitness

Ontario

Dr. Myrna Francis, Director, Health Promotion Branch, Ministry of Health; *Mr. David Vickers*, Head, Community Development Unit, Health Promotion Branch, Ministry of Health

Prince Edward Island

Ms. Jeannette MacAulay, Director, Program Development, Hospital and Health Services Commission

Québec

Ms. Lise Lacroix, Conseillère, Service de la négociation et de la coordination intergouvernementale, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Saskatchewan

Mr. George Loewen, Associate Deputy Minister, Saskatchewan Health

Yukon Territory

Ms. Rosemary Seaman, Policy Analyst, Department of Health and Human Resources

Local Organizing Committee

Ms. Lynne Blair

Consultant, Wellness and Health Promotion, Community and Family Health, Ministry of Health

Mr. Alan Campbell

Acting Executive Director, Program Support Services, Community and Family Health, Ministry of Health

Mr. Brian Copley

Assistant Deputy Minister, Community and Family Health, Ministry of Health

Ms. Marnie Dobell

Senior Policy Analyst, Policy, Planning and Legislation, Ministry of Health

Mr. Stan Dubas

Deputy Minister, Ministry of Health

Mr. Andrew Hume

Director, Information Services, Ministry of Health

Dr. Tim Johnstone

Deputy Regional Health Officer, Community Health Services, Capital Regional District

Dr. Perry Kendall

Regional Health Officer, Community Health Services, Capital Regional District

Mr. Steve Kenny

Executive Director, Hospital Programs, Ministry of Health

Mr. Marc-André Ouellette

Protocol Officer, Ministry of Tourism and Provincial Secretary

Mr. Paul Sekhon

Program Analyst, Hospital Programs, Ministry of Health

Ms. Nan Selkirk

Coordinator, Executive Services, Deputy Minister's Office, Ministry of Health

Mr. Arnold Skulmoski

Consultant, Services to the Elderly, Mental Health Services, Community and Family Health, Ministry of Health

Ms. Sue Stovel

Consultant, Nutrition, Member — Minister's Advisory Committee on Wellness and Health Promotion

Ms. Pat Wolczuk

Director, Preventive Program, Community Health Services, Capital Regional District, Chair — Minister's Advisory Committee on Wellness and Health Promotion

SYMPOSIUM AT A GLANCE

Sunday, March 12 Theme:

TIME			
0800			Registration Plaza Prefunction
0830	Display Set Up	Plaza Prefunction	Milton Terris, M.D., M.P.H. Lecture Theatre
0915			Robert Evans, Ph.D. Lecture Theatre
1000			Break Plaza Prefunction
1030			Provincial Reports Lecture Theatre
1200	Arrival and Registration	Plaza Prefunction	Luncheon — Madame Thérèse Lavoie-Roux Assembly Hall, Salon B
1330			Maureen Law, M.D., M.Sc., D.P.H. Lecture Theatre
1430			Break Plaza Prefunction
1500			Program Presentations Policy Groups Various Locations
1700			Welcoming Reception Plaza Prefunction
1800	No Host Reception	Plaza Prefunction	
1900	Welcoming Dinner Ilona Kickbusch, Ph.D.	Assembly Hall Salon B	

Monday, March 13 Challenges

Tuesday, March 14 Actions

Registration	Plaza Prefunction	
Sharon Macdonald, M.D.	Lecture Theatre	
Trevor Hancock, M.B., M.H.Sc.	Lecture Theatre	
Break	Plaza Prefunction	
Partners for Health in Communities	Lecture Theatre	
Luncheon Honourable Perrin Beatty	Assembly Hall Salon B	
Partners for Health in Government	Lecture Theatre	1330
Break	Plaza Prefunction	1430
Program Presentations Policy Groups	Various Locations	1500

Wednesday, March 15 Opportunities

		TIME
Registration	Plaza Prefunction	0800
Sharon Macdonald, M.D.	Lecture Theatre	0830
Policy Consensus	Lecture Theatre	0915
Break	Plaza Prefunction	1000
Stan Dubas Honourable Peter Dueck	Lecture Theatre	1030
Lunch on own		1200
Optional Social Tours:		
• Chinatown/Old Town Walking Tour		
• Butchart Gardens Tour		
• "Behind the Scenes" Tour of the Royal British Columbia Museum		
• Whalewatching Cruise		
• Victoria Harbour Cruise		

Sunday, March 12, 1989

PLENARY EVENTS

- 0830** Display Set Up (Plaza Prefunction)
- 1200** Registration (Plaza Prefunction)
- 1800** No Host Reception (Plaza Prefunction)
- 1900** Welcoming Dinner (Assembly Hall, Salon B)
- Honourable Peter Dueck, Minister of Health, Province of British Columbia
 - Her Worship Susan Brice, Chairman, Capital Regional District
 - Her Worship Gretchen Brewin, Mayor, City of Victoria
 - Ilona Kickbusch, Ph.D.
"Back to the Future:
Moving Public Health into the '90s"

Monday, March 13, 1989

PLENARY EVENTS

- 0800** Registration (Plaza Prefunction)
- 0830** Milton Terris, M.D., M.P.H. (Lecture Theatre)
"The Road Ahead for Health Promotion and Disease Prevention"
- 0915** Robert Evans, Ph.D. (Lecture Theatre)
"Behavior and Biology: A Wider Perspective on the Health of Canadians"
- 1000** Break (Plaza Prefunction)
- 1030** Provincial Reports: (Lecture Theatre)
- British Columbia Pat Wolczuk, Ph.D.
 - Alberta Marc Gallop, M.Sc.
 - Manitoba Ulrich Wendt, M.A.
 - Ontario Robert MacMillan, M.D.
 - Québec Marc Dionne, M.D., M.P.H.
 - Nova Scotia Theresa Marie Underhill, M.Ed., M.H.S.A.
- 1200** Luncheon: (Assembly Hall, Salon B)
Madame Thérèse Lavoie-Roux
"Health Promotion: Beyond the Words"
- 1330** Maureen Law, M.D., M.Sc., D.P.H. (Lecture Theatre)
"Health Promotion: A Dynamic for Change"
- 1430** Break (Plaza Prefunction)
- 1500** Concurrent sessions (*see next page*)
- 1700** Welcoming Reception (Plaza Prefunction)

Tuesday, March 14, 1989

PLENARY EVENTS

- 0800** Registration (Plaza Prefunction)
- 0830** Sharon Macdonald, M.D. (Lecture Theatre)
"Policy Groups' Report on Challenges"
- 0915** Trevor Hancock, M.B., M.H.Sc. (Lecture Theatre)
"Where the Rubber Hits the Road: From Health Promotion Rhetoric to Health Promotion Action"
- 1000** Break (Plaza Prefunction)
- 1030** Partners for Health in Communities (Lecture Theatre)
Chair: Gerald Dafoe, M.H.A., Ottawa, Ontario
Jean-Pierre Bélanger, Montréal, Québec
Madeleine Blanchet, M.D., Sillery, Québec
Michael Bopp, Ph.D., Pincher Creek, Alberta
Ken Fyke, M.H.S.A., Victoria, British Columbia
Dean Jock Murray, M.D., Halifax, Nova Scotia
Shanti Radcliffe, London, Ontario
Anne Usher, B.N., Montréal, Québec
- 1200** Luncheon: (Assembly Hall, Salon B)
Honourable Perrin Beatty
"Investing in a Healthy Future"
- 1330** Partners for Health in Government (Lecture Theatre)
Chair: Her Worship Susan Brice, Victoria, British Columbia
Marc Dionne, M.D., M.P.H., Québec City, Québec
Mavis Hurley, M.H.A., Fredericton, New Brunswick
Marilyn Knox, Toronto, Ontario
Frank Maynard, Winnipeg, Manitoba
Blenis Nicholson, M.A., Halifax, Nova Scotia
Jon O'Riordan, Ph.D., Victoria, British Columbia
- 1430** Break (Plaza Prefunction)

Wednesday, March 15, 1989

PLENARY EVENTS

- 0800** Registration (Plaza Prefunction)
- 0830** Sharon Macdonald, M.D., (Lecture Theatre)
"Policy Groups' Report on Actions"
- 0915** Policy Consensus (Lecture Theatre)
- 1000** Break (Plaza Prefunction)
- 1030** Stan Dubas (Lecture Theatre)
Symposium Achievements
Honourable Peter Dueck,
Concluding Address
- 1200** Lunch on own
- 1330** Optional Social Tours:
- Chinatown/Old Town Walking Tour
 - Butchart Gardens Tour
 - "Behind the Scenes" Tour of the Royal British Columbia Museum
 - Parliament Buildings Tour
 - Whalewatching Tour
 - Victoria Harbour Cruise

CONCURRENT SESSIONS

Monday, March 13, 1989

A. PROGRAM PRESENTATIONS

	SERIES ONE: Community Health Promotion	SERIES TWO: Heart Health	SERIES THREE: New Structures for Health
ROOM:	ESQUIMALT	SAANICH	THEATRE
TIME			
1500	1.1 Choosing Wellness Nancy Hall, Ph.D., Vancouver, British Columbia	2.1 Heart Health David MacLean, M.D., Bedford, Nova Scotia	3.1 Health Plan Richard Lessard, M.D., Ph.D., Laval, Québec; Diane Plamondon, Beauceville Ouest, Québec
1530	1.2 Nobody's Perfect Marilyn Keddy, M.S.W., Halifax, Nova Scotia; Lynn Vivian Book, M.Sc.N., St. John's, Newfoundland; Anne Rowe, B.Sc.N., M.Ed. Fredericton, New Brunswick	2.2 Heart Beat Campaign in Ottawa-Carleton Stephen Corber, M.D., D.P.H. Ottawa, Ontario	3.2 Strengthening Community Health Sharon Martin, R.N., Vancouver, British Columbia
1600	1.3 Everyone Wins George Loewen, Regina, Saskatchewan	2.3 A Cooperative Heart Health Initiative Among Four Provinces Chris Balram, Ph.D., Fredericton, New Brunswick	3.3 The Ontario Alcohol and Drug Framework: Developing and Testing the Prototype for Community Planning Robert Simpson, M.A., Guelph, Ontario
1630	1.4 Creative Mental Health Alternatives at Work in British Columbia Chloë Lapp, B.Sc., CGA, Vancouver, British Columbia	2.4 Cardiovascular Disease Lise Bertrand; Paule Masson, R.N., M.Sc., Montréal, Québec	3.4 Victoria Health Project Paul Pallan, Victoria, British Columbia
	SERIES FOUR: Community Health Promotion	SERIES FIVE: Problem-Specific Programmes	
ROOM:	OAK BAY #1	OAK BAY #2	
TIME			
1500	4.1 Mental Health for Canadians: Striking a Balance Carl Lakaski, M.A., M.S.W., Ottawa, Ontario	5.1 Effective Strategies for the Prevention of Motor Vehicle Related Trauma: The Case for Airbags John Osterman, M.D., Sc.D., Pointe Claire, Québec	
1530	4.2 Occupational Health as a Change Agent Joe Leonard, Toronto, Ontario	5.2 AIDS Outreach Program Linda Manzon, B.S.N., R.N., Vancouver, British Columbia	
1600	4.3 Waterford Psychiatric Hospital Reaches Out to the Community Sharon Barnes, B.N., R.N., St. John's, Newfoundland	5.3 Saskatchewan Institute on the Prevention of Handicaps Ann Schulman, B.S.N., Saskatoon, Saskatchewan	
1630	4.4 Peer Support — Adolescents Designing & Managing Their Own Health Networks Barbara Davis, Bedford, Nova Scotia	5.4 Active Life Lise Ferland, B.Sc., Nicole Moir, Québec City, Québec	

Tuesday, March 14, 1989

A. PROGRAM PRESENTATIONS

	SERIES ONE: Partners in Health	SERIES TWO: Research and Training Issues	SERIES THREE: Problem-Specific Programmes
ROOM:	OAK BAY #1	OAK BAY #2	SAANICH
TIME			
1500	1.1 The Dartmouth Health Promotion Study: Testing the Comprehensive School Health Model Anne Cogdon, B.Sc., R.N., Dartmouth, Nova Scotia	2.1 Health Promotion Knowledge Development Irving Rootman, Ph.D., Ottawa, Ontario	3.1 Assistance Program for Pregnant Women in Disadvantaged Areas Marie-Paule Duquette, B.Sc., Montréal, Québec
1530	1.2 The Role of the Medical School in Health Maintenance and the Prevention of Disease Dean Jock Murray, M.D., Halifax, Nova Scotia	2.2 Health Promotion Training Handbooks for Community Health Workers Catherine Martin, M.H.Sc., Montréal, Québec	3.2 National Program to Reduce Tobacco Use Cheryl Moyer, Toronto, Ontario
1600	1.3 Employee & Family Assistance Program — A Successful Partnership Jim Stimson, R.S.W., Vancouver, British Columbia	2.3 Health Planning Database Sylvia Robinson, B.Sc., Victoria, British Columbia	3.3 Action on Drug Abuse Irving Rootman, Ph.D., Ottawa, Ontario
1630	1.4 A Handbook for Interpreters in Health Rick Tremblay, Yellowknife, Northwest Territories	2.4 Ontario Prevention Clearinghouse Bryan Hayday, M.A., Toronto, Ontario	3.4 STD's — AIDS Marc Dionne, M.D., M.P.H., Marie Drouin, Québec City, Québec

	SERIES FOUR: Healthy Communities
ROOM:	THEATRE
TIME	
1500	4.1 Alkali Lake Charlene Belleau, Williams Lake, British Columbia
1530	4.2 Healthy Communities Susan Berlin, M.A., M.Arch, Ottawa, Ontario
1600	4.3 The Four Worlds Development Project: Supporting Native Development from the Inside-Out Michael Bopp, Ph.D., Pincher Creek, Alberta
1630	4.4 Kids' Place Project Jean Anderson, M.A., Edmonton, Alberta

B. POLICY GROUPS MONDAY and TUESDAY

- Group 1**
Renaldo Battista, M.D.
Sidney Room, Assembly Hall Level
- Group 2**
Tariq Bhatti, Ph.D.
Colwood Room, Assembly Hall Level
- Group 3**
Peggy Edwards
Banquet Room, Executive House Hotel
- Group 4**
Elaine Berthelet, B.Sc.N.
Oak Room, Parliament Buildings
- Group 5**
Robert Spasoff, M.D.
Ned de Beck Lounge, Parliament Buildings
- Group 6**
Pat Wolczuk, Ph.D.
Douglas Fir Room, Parliament Buildings

PROGRAM PRESENTATION SUMMARIES

1500 — Monday, March 13, 1989

1.1 Choosing Wellness

"Choosing Wellness" is designed to support independently living seniors to maintain their health and to assist the community in developing a context to support healthy aging.

2.1 Heart Health

Chronic disease programming and development in the public health system of Nova Scotia.

3.1 Health Plan

The "Health Plan" is a dynamic problem identification project, linking the health network and the community it services in the choice and implementation of concrete actions aimed at health determinants.

4.1 Mental Health for Canadians: Striking a Balance

An elucidation of the implications of the concepts and perspectives in "Striking a Balance".

5.1 Effective Strategies for the Prevention of Motor Vehicle Related Trauma: The Case for Airbags

Effective strategies to ensure the availability of airbags on all new vehicles in Canada, including performance regulations from Transport Canada, public and political representation, and manufacturer support will reduce motor vehicle trauma and brain injury by 25% in Canada.

1530 — Monday, March 13, 1989

1.2 Nobody's Perfect

Overview of the development, implementation and evaluation of Nobody's Perfect parent education program.

2.2 Heart Beat Campaign in Ottawa-Carleton

Describes rationale for and implementation of "Heart-Beat Program" in Ottawa-Carleton, with an overview of the challenges met, and successes achieved.

3.2 Strengthening Community Health

This presentation will describe a national health promotion program and its provincial implementation, outlining the conceptual background and including practical realities.

4.2 Occupational Health as a Change Agent

The presentation will demonstrate how a direct service program can both empower individuals and affect large populations.

5.2 AIDS Outreach Program

This presentation describes the Ministry of Health's AIDS and STD preventive outreach program for street-involved people.

1600 — Monday, March 13, 1989

1.3 Everyone Wins

To discuss the development and implementation of a province-wide healthy lifestyles program.

2.3 A Cooperative Heart Health Initiative Among Four Provinces

The presentation will focus on how the Atlantic Provinces are working cooperatively to reduce mortality and morbidity due to Heart Disease.

3.3 The Ontario Alcohol and Drug Framework: Developing and Testing the Prototype for Community Planning

The Presentation will review the experience of an Ontario Health District in developing a planning framework that includes both health promotion and treatment/rehabilitation components, and has evolved into the provincial model for addiction services.

4.3 Waterford Psychiatric Hospital Reaches Out to the Community

Presentation describes an established mental health awareness/promotion program offered to schools by Newfoundland's psychiatric hospital.

5.3 Saskatchewan Institute on the Prevention of Handicaps

The presentation will include information about the structure, philosophy and goals of the Saskatchewan Institute on the Prevention of Handicaps.

1630 — Monday, March 13, 1989

1.4 Creative Mental Health Alternatives at Work in British Columbia

Canadian Mental Health Association, British Columbia Division's Public Education and Community Acceptance Program, includes a wide range of creative mental health alternatives at work in British Columbia.

2.4 Cardiovascular Disease

Description of a multi-faceted community project aimed at reducing the prevalence of the four main risk factors associated with cardiovascular illnesses in a socio-economically deprived French speaking population.

3.4 Victoria Health Project

This presentation describes and analyzes the Victoria Health Project — a community/government sponsored project aimed at exploring innovative approaches to improving the integration and coordination of local health services.

4.4 Peer Support Program — Adolescents Designing and Managing their own Health Networks

This presentation will look at a process designed to maximize the relevance for and increase the involvement of adolescents in early intervention and health promotion programs designed for them.

5.4 Active Life

Program for seniors' groups designed to extend their functional independence through the use of physical exercise routines organised and conducted by the seniors themselves.

1500 — Tuesday, March 14, 1989

1.1 The Dartmouth Health Promotion Study:

Testing the Comprehensive School Health Model

The status and planning implications of a school/community effort to develop a comprehensive school health promotion program.

2.1 Health Promotion Knowledge Development

The presentation will discuss the development, current status and future plan for a Health and Welfare Project to develop knowledge for health promotion in Canada.

3.1 Assistance Program for Pregnant Women in Disadvantaged Areas

Study of the assessment on how the Higgins nutritional intervention method works in two local community services centres.

4.1 Alkali Lake

This session will describe how the Alkali Lake Band used a community development process to deal with their alcoholism problem and bring about many positive changes within their community.

1530 — Tuesday, March 14, 1989

1.2 The Role of the Medical School in Health Maintenance and the Prevention of Disease

The important role of the medical school in fostering health maintenance and disease prevention through education of physicians and other health professionals, and by new and innovative research directions on these issues.

2.2 Health Promotion Training Handbooks for Community Health Workers

Presents the "Health Promotion" collection: training handbooks for community health workers.

3.2 National Program to Reduce Tobacco Use

An overview of the goals, strategies and implications for implementation of the National Program.

4.2 Healthy Communities

The nuts and bolts of a Healthy Communities project: what it is, who participates, who benefits — and why you should care.

1600 — Tuesday, March 14, 1989

1.3 Employee and Family Assistance Program — A Successful Partnership

This session will present a successful labour, management and community agency approach to reducing human suffering and building stronger families via constructive elements of the work environment.

2.3 Health Planning Database

A description of the effects and utility of a locally accessible health planning database.

3.3 Action on Drug Abuse

The presentation will focus on the part of the National Drug Strategy for which the Health Promotion Directorate is responsible.

4.3 The Four Worlds Development Project:

Supporting Native Development From the Inside-Out

The presentation will show how a culturally appropriate locally generated framework for health promotion was guiding demonstration projects in two Western Native communities.

1630 — Tuesday, March 14, 1989

1.4 A Handbook for Interpreters in Health

An explanation of the genesis of the project, rationale the handbook, its form and use, and its future uses as a tool to facilitate the interpretive process.

2.4 Ontario Prevention Clearinghouse

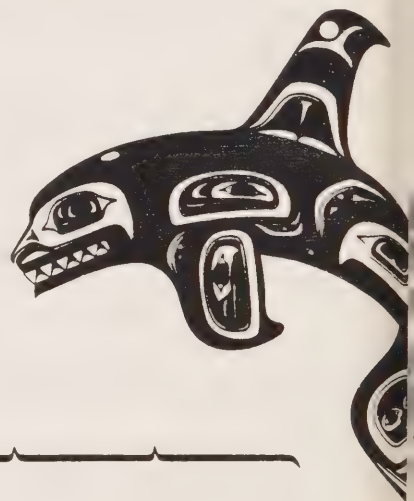
The Ontario Prevention Clearinghouse provides information, support and advice to organizations and individuals working in the areas of health promotion and primary prevention across Ontario using its extensive telecommunications and micro-computer network capabilities support the work of its health promotion consultants.

3.4 STD's — AIDS

This is a presentation of the action plan implemented by Québec to fight AIDS, focusing mainly on preventive measures and the links with the set of problems associated with STD.

4.4 Kids' Place Project

This presentation will describe a community development approach to health promotion in which children, youth and families actively participate in defining and developing their healthy community.



CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

Programme définitif

VICTORIA (Colombie-Britannique)
les 12, 13, 14 et 15 mars 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.



Colloque national sur
**la promotion de la santé et
la prévention des maladies**

les 12, 13, 14 et 15 mars 1989

Centre de conférence, Victoria (Colombie-Britannique)

Parrainé par: Les provinces et les territoires du Canada

Hôte: Ministère de la Santé, Province de la Colombie-Britannique
et le District de la capitale régionale

PROGRAMME DÉFINITIF

ERRATA

Programme Définitif

Le dimanche, 12 mars

Aucune réception

Foyer, Réunion

Le lundi, 13 mars

Déjeuner - L'honorable Elinor Caplan

(au lieu de Mme. Thérèse Lavoie-Roux)

Salle de réunion
Salon B/C

Le mardi, 14 mars

"Partenaires pour la santé dans nos gouvernements"

Rhéal LeBlanc, M.S.W., Edmonton, Alberta

(au lieu de Frank Maynard)



BIENVENUE

Il nous fait grand plaisir de vous souhaiter la bienvenue à Victoria (Colombie-Britannique), cadre du Colloque national sur la promotion de la santé et la prévention des maladies qui est parrainé conjointement par les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada.

Les questions du vieillissement de la population, de la technologie de pointe et de l'évolution des maladies et des handicaps au sein de notre société, pour n'en nommer que quelques-unes, mettent sérieusement à l'épreuve notre excellent réseau de soins de santé alors que nous nous employons à améliorer la qualité des soins et la santé des Canadiens au cours des années qui viennent.

C'est avec beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme que l'on envisage de mettre à nouveau l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies en tant que moyen stratégique permettant d'atteindre nos objectifs en matière de santé. Nous espérons que la réunion à Victoria constituera un déclencheur et engendra de nouvelles initiatives coordonnées à travers le pays.

Grâce à une gamme d'exposés en séance plénière, de comptes rendus et de discussions en comité, ainsi qu'à une série de conférences et d'ateliers d'orientation, le Colloque sera pour vous une excellente occasion de participer au débat. Nous sommes sûrs qu'il saura nourrir notre dynamisme dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Meilleurs vœux de bonne santé, à vous ainsi qu'à tous les Canadiens.

L'honorable Peter Dueck
Ministre de la Santé
Colombie-Britannique

Mme Susan Brice
Présidente
District régional de la
capitale

But

Au terme de leur 29^e Conférence annuelle à Saskatoon, les Premiers ministres provinciaux ont réclamé la tenue de ce Colloque national, devant servir

"de catalyseur à un effort national de planification en vue de coordonner les initiatives de promotion de la santé et de prévention de la maladie par rapport à l'accent mis actuellement au traitement de la maladie."

Le Colloque a par conséquent été organisé de manière à permettre aux délégués de partager des renseignements, de discuter et d'en arriver à un consensus quant à l'avenir de la promotion de la santé au Canada. Dans ce but, l'ordre du jour portera essentiellement sur les défis à relever en matière de promotion de la santé et sur les mesures à prendre afin de mettre en vigueur les orientations, les plans et les programmes de promotion au sein des provinces et des territoires du Canada.



Organisation du Colloque

L'ordre du jour du Colloque comprend des séances plénières dans l'amphithéâtre et des séances concomitantes (exposés sur les programmes et groupes d'étude des orientations) dans les diverses salles auxiliaires.

Les délégués provinciaux, territoriaux et fédéraux doivent participer soit aux exposés sur les programmes, soit aux groupes d'étude sur les orientations conformément aux directives de leurs administrations respectives. Les délégués trouveront dans leur trousse d'information tous les renseignements appropriés.

Au moment de leur inscription, on demandera aux délégués qui participent aux exposés sur les programmes de choisir les séances auxquelles ils désirent participer.

Services du Colloque

Le kiosque d'inscription et d'information du Centre des conférences fournira tous les renseignements relatifs au Colloque, aux visites guidées et aux attraits touristiques de la région.

Le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes assurera des services de soutien de nature générale au cours du Colloque ainsi que des services d'interprétation dans les deux langues officielles pour toutes les séances. Des services de traduction seront également assurés s'il y a lieu.

Les délégués qui désirent envoyer par la poste des imprimés du Colloque à destination de leur bureau pourront s'adresser au kiosque d'information avant leur départ.

Remerciements

Nous tenons également à remercier les organismes et les personnes suivants de leur aide au cours de l'organisation du Colloque:

Le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Ottawa.

Conference Office, University of Victoria: Ms. Mary Ransberry, Conference Officer; Ms. Noelle Henricks, Assistant Conference Officer

Victoria Conference Centre: Mr. Tom Lietaer, Manager; Mr. Marechal Dearmond, Sales Manager

Office of the Speaker, Province of British Columbia: Ms. Elaine Dunbar

Office of the Minister of Health, Province of British Columbia: Mr. Peter Wearing, Ministerial Assistant

Harbour Towers Hotel: Victoria, British Columbia
Chateau Victoria Hotel: Victoria, British Columbia
Executive Towers Hotel: Victoria, British Columbia

Personnes ressources du Colloque national

Le Comité organisateur local tient à remercier les personnes suivantes des diverses administrations de leur collaboration à la planification du Colloque grâce par leur rôle de coordonnateur au sein de leurs régions respectives.

Alberta

Mr. Don Junk, Assistant Deputy Minister, Policy Development Division, Alberta Health; *Mr. Marc Gallop*, Senior Consultant, Health Promotion, Alberta Health

Canada

Ms. Lavada Pinder, Director General, Health Promotion Directorate, Health Services and Promotions Branch, Department of National Health and Welfare; *Ms. Rita Stern*, Regional Director, Health Promotion Directorate, Health Services and Promotions Branch, Department of National Health and Welfare

Ile-du-Prince-Édouard

Ms. Jeannette MacAulay, Director, Program Development, Hospital and Health Services Commission

Manitoba

Dr. Sharon Macdonald, Assistant Deputy Minister, Community Health Services, Department of Health; *Mr. Bob Layne*, Program Analyst, Community Health Services, Department of Health

Nouveau-Brunswick

Ms. Brenda Boucher, Coordinator, Federal/Provincial Relations, Department of Health and Community Services

Nouvelle-Écosse

Mr. Dean Hirtle, Assistant to the Deputy Minister, Department of Health and Fitness

Ontario

Dr. Myrna Francis, Director, Health Promotion Branch, Ministry of Health; *Mr. David Vickers*, Head, Community Development Unit, Health Promotion Branch, Ministry of Health

Québec

Ms. Lise Lacroix, Conseillère, Service de la négociation et de la coordination intergouvernementale, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Saskatchewan

Mr. George Loewen, Associate Deputy Minister, Saskatchewan Health

Terre-Neuve

Dr. Kevin Hogan, Director of Community Health, Department of Health

Territoire du Yukon

Ms. Rosemary Seaman, Policy Analyst, Department of Health and Human Resources

Territoires du Nord-Ouest

Ms. Elaine Berthelet, Assistant Deputy Minister, Community Health, Department of Health; *Ms. Sandra McKenzie*, Director, Community Health Standards, Community Health, Department of Health

Comité organisateur local

Ms. Lynne Blair

Consultant, Wellness and Health Promotion, Community and Family Health, Ministry of Health

Mr. Alan Campbell

Acting Executive Director, Program Support Services, Community and Family Health, Ministry of Health

Mr. Brian Copley

Assistant Deputy Minister, Community and Family Health, Ministry of Health

Ms. Marnie Dobell

Senior Policy Analyst, Policy, Planning and Legislation, Ministry of Health

Mr. Stan Dubas

Deputy Minister, Ministry of Health

Mr. Andrew Hume

Director, Information Services, Ministry of Health

Dr. Tim Johnstone

Deputy Regional Health Officer, Community Health Services, Capital Regional District

Dr. Perry Kendall

Regional Health Officer, Community Health Services, Capital Regional District

Mr. Steve Kenny

Executive Director, Hospital Programs, Ministry of Health

Mr. Marc-André Ouellette

Protocol Officer, Ministry of Tourism and Provincial Secretary

Mr. Paul Sekhon

Program Analyst, Hospital Programs, Ministry of Health

Ms. Nan Selkirk

Coordinator, Executive Services, Deputy Minister's Office, Ministry of Health

Mr. Arnold Skulmoski

Consultant, Services to the Elderly, Mental Health Services, Community and Family Health, Ministry of Health

Ms. Sue Stovel

Consultant, Nutrition, Member — Minister's Advisory Committee on Wellness and Health Promotion

Ms. Pat Wolczuk

Director, Preventive Program, Community Health Services, Capital Regional District, Chairman — Minister's Advisory Committee on Wellness and Health Promotion

SURVOL DU COLLOQUE

Le dimanche, 12 mars

Thème:

Heure		
8 h	Inscription	Foyer, Plaza
8 h 30	Préparation des affiches	Foyer, Plaza
9 h 15		
10 h		
10 h 30		
12 h	Arrivée et inscription	Foyer, Plaza
13 h 30		
14 h 30		
15 h		
17 h		
18 h	Aucune réception	Foyer, Plaza
19 h	Dîner d'accueil Ilona Kickbusch, Ph.D.	Salle de réunion, Salon B

Le lundi, 13 mars

Défis

Foyer, Plaza
Milton Terris, M.D., M.P.H.
Robert Evans, Ph.D.
Amphithéâtre
Amphithéâtre
Pause
Foyer, Plaza
Rapports provinciaux
Amphithéâtre
Déjeuner — Mme Thérèse Lavoie-Roux
Salle de réunion, Salon B
Maureen Law, M.D., D.P.H., M.Sc.
Amphithéâtre
Pause
Foyer, Plaza
Exposés sur les programmes, Groupes d'étude des orientations
Voir des pages suivantes
Réception
Foyer, Plaza

Le mardi, 14 mars

Mesures

Inscription	Foyer, Plaza	
Sharon Macdonald, M.D.	Amphithéâtre	
Trevor Hancock, M.B., M.H.Sc.	Amphithéâtre	
Pause	Foyer, Plaza	
Partners for Health in Communities	Amphithéâtre	
Déjeuner L'honorable Perrin Beatty	Salle de réunion Salon B	
Partners for Health in Government	Amphithéâtre	13 h 30
Pause	Foyer, Plaza	14 h 30
Exposés sur les programmes Groupes d'étude des orientations	Voir des pages suivantes	15 h

Le mercredi, 15 mars

Possibilités

		Heure
Inscription	Foyer, Plaza	8 h
Sharon Macdonald, M.D.	Amphithéâtre	8 h 30
Consensus en matière	Amphithéâtre	9 h 15
Pause	Foyer, Plaza	10 h
Stan Dubas l'honorable Peter Dueck	Amphithéâtre	10 h 30
Déjeuner libre		12 h

Visites guidées au choix:

- Promenade dans le Chinatown et la Vieille ville
- Visite des jardins Butchart
- Visite des ateliers du Royal British Columbia Museum
- Excursion d'observation de cétacés
- Excursion dans le port de Victoria

Le dimanche 12 mars 1989

ÉVÉNEMENTS PLÉNIERS

- 8 h 30** Préparation des affiches (Foyer, Plaza)
- 12 h** Inscription (Foyer, Plaza)
- 18 h** Aucune réception (Foyer, Plaza)
- 19 h** Dîner d'accueil (Salle de réunion, Salon B)
— L'honorable Peter Dueck, ministre de la Santé de la Colombie-Britannique
— Son Honneur Susan Brice, présidente, District régional de la capitale
— Son Honneur Gretchen Brewin, maire de Victoria
— Ilona Kickbusch, Ph.D.
"D'hier à demain: la santé publique entre dans les années 90"

Le lundi 13 mars 1989

ÉVÉNEMENTS PLÉNIERS

- 8 h** Inscription (Foyer, Plaza)
- 8 h 30** Milton Terris, M.D., M.P.H. (Amphithéâtre)
"La voie de l'avenir en promotion de la santé et en prévention des maladies"
- 9 h 15** Robert Evans, Ph.D. (Amphithéâtre)
"Comportement et biologie: perspective plus vaste de la santé des Canadiens"
- 10 h** Pause (Foyer, Plaza)
- 10 h 30** Rapports provinciaux (Amphithéâtre)
— Colombie-Britannique Pat Wolczuk, Ph.D.
— Alberta Marc Gallop, M.Sc.
— Manitoba Ulrich Wendt, M.A.
— Ontario Robert MacMillan, M.D.
— Québec Marc Dionne, M.D., M.P.H.
— Nouvelle-Écosse Theresa Marie Underhill, M.Ed., M.H.S.A.
- 12 h** Déjeuner: (Salle de Réunion, Salon B)
Madame Thérèse Lavoie-Roux
"Promotion de la Santé: Au-delà du discours"
- 13 h 30** Maureen Law, M.D., M.Sc., D.P.H. (Amphithéâtre)
"Promotion de la Santé: une dynamique de changement"
- 14 h 30** Pause (Foyer, Plaza)
- 15 h** Séances cocomitantes—voir des page suivantes
- 17 h** Réception d'accueil (Foyer, Plaza)

Le mardi 14 mars 1989

ÉVÉNEMENTS PLÉNIERS

- 8 h** Inscription (Foyer, Plaza)
- 8 h 30** Sharon Macdonald, M.D. (Amphithéâtre)
"Rapport des groupes d'orientation sur les défis"
- 9 h 15** Trevor Hancock, M.B., M.H.Sc. (Amphithéâtre)
"Promotion de la santé: des paroles aux actes"
- 10 h** Pause (Foyer, Plaza)
- 10 h 30** "Partenaires pour la santé dans nos collectivités" (Amphithéâtre)
Président: Gerald Dafoe, B.A., M.H.A., Ottawa (Ontario)
Jean-Pierre Bélanger, Montréal (Québec)
Madeleine Blanchet, M.D., Sillery (Québec)
Michael Bopp, Ph.D., Pincher Creek (Alberta)
Ken Fyke, M.H.S.A., Victoria (Colombie-Britannique)
Dean Jock Murray, M.D., Halifax (Nouvelle-Écosse)
Shanti Radcliffe, London (Ontario)
Anne Usher, B.N., Montréal (Québec)
- 12 h** Déjeuner: (Salle de Réunion, Salon B)
L'honorable Perrin Beatty
"Investir dans un avenir en santé"
- 13 h 30** "Partenaires pour la santé dans nos gouvernements" (Amphithéâtre)
Présidente: Son Honneur Susan Brice, Victoria, (Colombie-Britannique)
Marc Dionne, M.D., M.P.H., Québec, (Québec)
Mavis Hurley, M.H.A., Frédéricton, (Nouveau-Brunswick)
Marilyn Knox, Toronto (Ontario)
Frank Maynard, Winnipeg (Manitoba)
Blenis Nicholson, M.A., Halifax (Nouvelle-Écosse)
Jon O'Riordan, Ph.D., Victoria (Colombie-Britannique)
- 14 h 30** Pause (Foyer, Plaza)
- 15 h** Séances cocomitantes—voir des page suivantes

Le Mercredi 15 mars 1989

ÉVÉNEMENTS PLÉNIERS

- 8 h** Inscription (Foyer, Plaza)
- 8 h 30** Sharon Macdonald, M.D., (Amphithéâtre)
"Rapport des groupes d'orientation sur la démarche"
- 9 h 15** Consensus en matière (Amphithéâtre)
- 10 h** Pause (Foyer, Plaza)
- 10 h 30** Stan Dubas (Amphithéâtre)
Réalizations du Colloque
L'honorable Peter Dueck, Allocution de clôture
- 12 h** Déjeuner libre
- 13 h 30** Visites guidées au choix:
• Promenade dans le Chinatown et la Vieille ville
• Visite des jardins Butchart
• Visite des ateliers du Royal British Columbia Museum
• Excursion d'observation des cétacés
• Excursion dans le port de Victoria

SÉANCES CONCOMITANTES

Le lundi 13 mars 1989

A. EXPOSÉS SUR LES PROGRAMMES

SÉRIE UN: Promotion de la santé au sein des localités

SÉRIE DEUX: Santé cardiovasculaire

SÉRIE TROIS: De nouvelles structures en matière de santé

SALLE: ESQUIMALT

SAANICH

AMPHITHÉÂTRE

HEURE

15 h

1.1 Choisir le bien-être
Nancy Hall, Ph.D., Vancouver
(Colombie-Britannique)

2.1 La santé du cœur
David MacLean, M.D.,
Bedford, (Nouvelle-Écosse)

3.1 Plan de santé
Richard Lessard, M.D., P.H.D.,
Laval (Québec); Diane
Plamondon, Beauceville Ouest
(Québec)

15 h 30

1.2 Il n'y a personne de parfait
Marilyn Keddy, M.S.W., Halifax
(Nouvelle-Écosse); Lynn Vivian
Book, M.Sc.N., St. John's (Terre-
Neuve); Anne Rowe, B.Sc.N.,
M.Ed., Fredericton (Nouveau-
Brunswick)

2.2 Campagne "Battement de cœur" à Ottawa-Carleton
Stephen Corber, M.D., D.P.H.,
Ottawa (Ontario)

3.2 Pour une meilleure santé communautaire
Sharon Martin, R.N., Vancouver
(Colombie-Britannique)

16 h

1.3 Tout le monde gagne
George Loewen,
Regina (Saskatchewan)

2.3 Une initiative sur la santé du cœur en collaboration avec quatre provinces
Chris Balram, Ph.D., Fredericton
(Nouveau-Brunswick)

3.3 Le cadre des programmes d'alcool et de drogues en Ontario: développer et tester le prototype de planification communautaire
Robert Simpson, M.A.,
Guelph (Ontario)

16 h 30

1.4 Solutions créatives au niveau de la santé mentale à l'œuvre en Colombie-Britannique
Chlöe Lapp, B.Sc., CGA,
Vancouver
(Colombie-Britannique)

2.4 Maladies cardiovasculaires
Lise Bertrand; Paule Masson,
R.N., M.Sc., Montréal (Québec)

3.4 Projet de santé de Victoria
Paul Pallan,
Victoria (Colombie-Britannique)

**SÉRIE QUATRE: Promotion
de la santé au sein des
localités**

OAK BAY #1

**4.1 La santé mentale pour les
Canadiens: un juste équilibre**
Carl Lakaski, M.A., M.S.W.,
Ottawa (Ontario)

**4.2 L'hygiène professionnelle
provoquant le changement**
Joe Leonard, Toronto (Ontario)

**4.3 L'hôpital psychiatrique de
Waterford cherche à atteindre
communauté**
Sharon Barnes, B.N., R.N.,
St. John's (Terre-Neuve)

**4.4 Programme d'appui des
camarades: Des adolescents qui
organisent et administrent leur
propre réseau de santé**
Barbara Davis,
Red Deer (Alberta)

**SÉRIE CINQ: Programme
portant sa situations
problématiques**

OAK BAY #2

**5.1 Des stratégies efficaces
pour prévenir les traumatismes
associés aux véhicules-
automobile: Le cas en faveur des
sacs d'air**
John Osterman, M.D., Sc.D.,
Pointe-Claire (Québec)

**5.2 Programme de prévention
du SIDA**
Linda Manzon, B.S.N., R.N.,
Vancouver
(Colombie-Britannique)

**5.3 L'Institute de la
Saskatchewan sur la prévention
de handicaps**
Ann Schulman, B.S.N.,
Saskatoon (Saskatchewan)

5.4 Viactive
Lise Ferland, B.Sc.; Nicole Moir,
Québec (Québec)



SÉANCES CONCOMITANTES

Le mardi 14 mars 1989

A. EXPOSÉS SUR LES PROGRAMMES

SÉRIE UN: Partenaires pour la santé

SÉRIE DEUX: Questions relatives à la recherche et à la formation

SÉRIE TROIS: Programmes portant sur des situations problématiques

SALLE: OAK BAY #1

OAK BAY #2

SAANICH

HEURE

15 h 1.1 L'étude de promotion de la santé de Dartmouth: un test du modèle complet de la santé à l'école
Anne Cogdon, B.Sc., R.N., Dartmouth (Nouvelle-Écosse)

2.1 Le développement des connaissances sur la promotion de la santé
Irving Rootman, Ph.D., Ottawa (Ontario)

3.1 Programmes d'aide pour les femmes enceintes dans des milieux défavorisés
Marie-Paule Duquette, Montréal (Québec)

15 h 30 1.2 Le rôle de l'école de médecine dans le maintien d'une bonne santé et la prévention de la maladie
Dean Jack Murray, M.D., Halifax (Nouvelle-Écosse)

2.2 Cahiers de formation sur la promotion de la santé pour les intervenants en santé communautaire
Catherine Martin, Montréal (Québec)

3.2 Programme nationale pour réduire l'usage du tabac
Cheryl Moyer, Toronto (Ontario)

16 h 1.3 Programme d'aide à l'employé et sa famille - une association réussie
Jim Stimson, R.S.W., Vancouver (Colombie-Britannique)

2.3 Banque de données de la planification de la santé
Sylvia Robinson, B.Sc., Victoria (Colombie-Britannique)

3.3 Action sur l'abus de la drogue
Irving Rootman, Ph.D., Ottawa (Ontario)

16 h 30 1.4 Un cahier pour les interprètes de santé
Rick Tremblay, Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

2.4 Bureau de prévention de l'Ontario
Brian Hayday, M.A., Toronto (Ontario)

3.4 STD's — AIDS
Marc Dionne, M.D., M.P.H.; Marie Drouin, Québec (Québec)

SÉRIE QUATRE: Des communautés en santé

SALLE: AMPHITHÉÂTRE

HEURE

15 h 4.1 Lac Alkali
Charlene Belleau, Williams Lake (Colombie-Britannique)

15 h 30 4.2 Communautés saines
Susan Berlin, M.A., M.Arch., Ottawa (Ontario)

16 h 4.3 Projet de développement des quatre mondes: Support de l'intérieur au développement de la communauté autochtone
Michael Bopp, Ph.D., Pincher Creek (Alberta)

16 h 30 4.4 Projet du coin des enfants
Jean Anderson, M.A., Edmonton (Alberta)

B. GROUPES D'ÉTUDE DES ORIENTATIONS

LE LUNDI et LE MARDI

Groupe 1

Renaldo Battista, M.D.

Salle Sidney, à l'étage de la Salle de réunion

Groupe 2

Tariq Bhatti, Ph.D.

Salle Colwood, à l'étage de la Salle de réunion

Groupe 3

Peggy Edwards

Salle de réception, Executive House Hotel

Groupe 4

Elaine Berthelot

Salle Oak, édifices du Parlement

Groupe 5

Robert Spasoff, M.D., M.Sc.

Salon Ned de Beck, édifices du Parlement

Groupe 6

Pat Wolczuk, Ph.D.

Salle Douglas Fir, édifices du Parlement

RÉSUMÉ DES PRÉSENTATIONS AU PROGRAMME

15 h — Le lundi 13 mars 1989

1.1 Choisir le bien-être

"Choisir le bien-être" est une présentation conçue à l'appui des aînés qui mènent une vie autonome, visant à les encourager à se tenir en bonne santé et à aider la communauté à développer un contexte conçu pour aider les gens à vieillir en bonne santé.

2.1 La santé du cœur

Les programmes de maladies chroniques et le développement dans le système de santé public de la Nouvelle-Écosse.

3.1 Plan de santé

Le plan de santé représente un projet dynamique d'identification de problèmes, associant le réseau de santé et la communauté qu'il dessert, dans le choix et la mise en œuvre d'actions concrètes orientées vers les déterminants de la santé.

4.1 La santé mentale pour les Canadiens — un juste équilibre

Une élucidation des implications des concepts et des perspectives pour "Achever un équilibre."

5.1 Des stratégies efficaces pour prévenir les traumatismes associés aux véhicules-automobile: le cas en faveur des sacs d'air

Des stratégies efficaces pour s'assurer que la disponibilité de sacs d'air dans tous les nouveaux véhicules vendus au Canada, y compris les règlements de Transport Canada, une représentation publique, et l'appui des manufacturiers, contribueront à réduire le traumatisme associé aux véhicules-automobile et les blessures au cerveau d'au moins 25% au Canada.

15 h 30 — Le lundi 13 mars 1989

1.3 Il n'y a personne de parfait

Vue d'ensemble du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme d'éducation des parents "Il n'y a personne de parfait."

2.2 Campagne "Battement de cœur" à Ottawa-Carleton

Décrit les raisons qui ont amené la mise en œuvre du "Programme battement de cœur" à Ottawa-Carleton, donnant une vue d'ensemble des défis relevés et des succès obtenus.

3.2 Pour une meilleure santé communautaire

Cette présentation décrit un programme publicitaire national sur la santé ainsi que sa mise en œuvre au niveau provincial, soulignant la toile de fond conceptuelle et incluant des réalités pratiques.

4.2 L'hygiène professionnelle provoquant le changement

Cette présentation démontrera comment un programme de service direct peut conférer des pouvoirs à certaines personnes et influencer sur une grande partie de la population.

5.2 Programme de prévention du SIDA

Cette présentation décrit les programmes de prévention du SIDA et MTS pour les gens qui oeuvrent dans la rue.

16 h — Le lundi 13 mars

1.2 Tout le monde gagne

Discute le développement et la mise en œuvre d'un programme provincial ayant trait à des styles de vie plus sains.

2.3 Une initiative sur la santé du cœur en collaboration avec quatre provinces

Cette présentation souligne comment les provinces de l'Atlantique collaborent pour réduire la mortalité et la morbidité causées par les maladies du cœur.

3.3 Le cadre des programmes d'alcool et de drogues en Ontario: développer et tester le prototype de planification communautaire

La présentation passera en revue l'expérience du District de santé de l'Ontario au niveau du développement d'un cadre de planification, qui inclut à la fois des éléments au niveau de la promotion de la santé et du traitement et de la réhabilitation, et dont l'évolution en a fait le modèle provincial pour les services aux toxicomanes.

4.3 L'hôpital psychiatrique de Waterford cherche à atteindre la communauté

La présentation décrit un programme de publicité et de prise de conscience sur la santé mentale offert dans les écoles par l'hôpital psychiatrique de Terre-Neuve.

5.3 L'Institut de la Saskatchewan sur la prévention des handicaps

La présentation inclura des renseignements sur la structure, la philosophie et les buts de l'Institut de la Saskatchewan sur la prévention des handicaps.

16 h 30 — Le lundi 13 mars 1989

1.4 Solutions créatives au niveau de la santé mentale à l'œuvre en Colombie-Britannique

Le programme d'acceptation communautaire et d'éducation publique de la Division de la Colombie-Britannique de la Santé mentale canadienne inclut une vaste gamme de solutions créatives au niveau de la santé mentale à l'œuvre en Colombie-Britannique.

2.4 Maladies cardio-vasculaires

Description d'un projet communautaire multi-factoriel visant à réduire la prévalence des quatre principaux facteurs de risque associés aux maladies cardio-vasculaires chez une population francophone socio-économiquement défavorisée.

3.4 Projet de santé de Victoria

Cette présentation décrit et analyse le projet de santé de Victoria — un projet subventionné par la communauté et le gouvernement qui vise à expliquer des marches à suivre innovatrices pour améliorer l'intégration et la coordination des services de santé de l'endroit.

4.4 Programme d'appui des camarades: Des adolescents qui organisent et administrent leur propre réseau de santé

Cette présentation examinera un procédé conçu maximiser la pertinence et l'augmentation de la participation des adolescents dans les programmes d'intervention rapide et de promotion de la santé conçus pour eux.

5.4 Viactive

Programme qui s'adresse aux aînés regroupés visant à prolonger leur autonomie fonctionnelle par l'utilisation de routines d'exercices physique, organisées et animées par les aînés eux-mêmes.

15 h — Le mardi 14 mars 1989

1.1 L'étude de promotion de la santé de Dartmouth: un test du modèle complet de la santé à l'école
L'état actuel et les implications pour la planification des efforts des écoles et de la communauté pour développer un programme complet de promotion de la santé à l'école.

2.1 Le développement des connaissances sur la promotion de la santé

La présentation discutera du développement, de l'état actuel et des plans d'avenir d'un programme de santé et de bien-être conçu en vue de développer les connaissances sur la promotion de la santé au Canada.

3.1 Programme d'aide pour les femmes enceintes dans des milieux défavorisés

Etude de l'évaluation de fonctionnement de la Méthode d'intervention nutritionnelle Higgins dans deux Centres locaux de Services communautaires (CLSC).

4.1 Lac Alkali

Cette session décrira comment la Tribu du Lac Alkali utilise un procédé de développement communautaire pour résoudre leur problème d'alcoolisme et amener plusieurs changements positifs dans leur communauté.

15 h 30 — Le mardi 14 mars 1989

1.2 Le rôle de l'école de médecine dans le maintien d'une bonne santé et la prévention de la maladie
Le rôle important de l'école de médecine pour encourager le maintien d'une bonne santé et la prévention de la maladie en éduquant les médecins et les autres professionnels de la santé, et en dirigeant de nouvelles recherches innovatrices sur ces questions.

2.2 Cahiers de formation sur la promotion de la santé pour les intervenants en santé communautaire
Présentation de la collection "Promotion de la santé": des cahiers de formation à l'intention des intervenants en santé communautaire.

3.2 Programme national pour réduire l'usage du tabac
Une vue d'ensemble des buts, des stratégies et des implications pour la mise en oeuvre d'un programme national.

4.2 Communautés saines

Les aspects pratiques d'un projet de communauté saine: ce que c'est, qui y participe, qui en bénéficie — et pourquoi cela vous concerne.

16 h — Le mardi 14 mars 1989

1.3 Programme d'aide à l'employé et à sa famille — une association réussie

Cette session présentera un moyen par lequel une agence communautaire, le syndicat et la gestion peuvent réussir à réduire la souffrance humaine et à renforcer l'esprit de famille par l'entremise d'éléments constructifs de l'environnement de travail.

2.3 Banque de données de planification de la santé
Une description des effets et de l'utilité d'une banque de données accessible localement sur la planification de la santé.

3.3 Action sur l'abus de la drogue

Cette présentation mettra l'accent sur la partie de la stratégie nationale contre la drogue dont la Direction générale sur la promotion de la santé est responsable.

4.3 Projet de développement des quatre mondes: Support de l'intérieur au développement de la communauté autochtone

Cette présentation démontrera comment un cadre de travail de promotion de la santé approprié à la culture et engendre localement guide des projets de démonstration dans deux communautés autochtones de l'ouest.

16 h 30 — Le mardi 14 mars 1989

1.4 Un cahier pour les interprètes de santé

Une explication de la genèse du projet, les raisons qui ont amené la publication de ce cahier, son format, son usage et l'usage qu'on pourra en faire comme outil facilitant l'interprétation.

2.4 Bureau de prévention de l'Ontario

Le bureau de prévention de l'Ontario donne des renseignements, de l'appui et des conseils aux organismes et aux personnes qui travaillent dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention initiale en Ontario, à l'aide de son vaste réseau de télécommunications et de micro-ordinateurs qui appuie le travail de ses consultants en matière de promotion de la santé.

3.4 MTS — SIDA

Présentation du Plan d'action québécois pour lutter contre le SIDA avec insistance particulière sur les mesures d'ordre préventif, et liens avec la problématique des MTS.

4.4 Projet du coin des enfants

Cette présentation décrira une façon d'entrevoir la promotion de la santé de point de vue du développement communautaire par laquelle les enfants, les jeunes et leurs familles participent activement à la définition et au développement de leur communauté saine.



CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION



An Overview of Present Studies,
Problems and Efforts Related to
Health Promotion in Québec

QUÉBEC

VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

Prevention - Promotion: a continuum in the pursuit of the goal
of health

Health protection

The protection of public health is a major responsibility of the government and more specifically of the Department of Health and Social Services. Public health is protected by three main strategies: health promotion; prevention of disease and, more generally, of health and social problems; and surveillance and control of public health.

The boundaries between these different strategies are not always precise and there are many definitions of them. To put this presentation in context, it is important to briefly point out the connections, as well as the differences, between promotion and prevention.

Health promotion

Health promotion is a process designed to give individuals and communities better control over the factors determining health, and thus to improve their health. This is the overall concept of those who recognize the basic necessity to change both lifestyles and living conditions for health. Health promotion is a strategy that mediates between people and their environment, combining personal choice and social responsibility for a healthier future.

Health promotion can be summarized in the following general principles: health promotion works with people, not against them; it is a process that takes place in the local community from beginning to end; it deals with both the underlying causes of health and the immediate ones; it concerns both the

individual and the environment; it stresses the positive dimensions of health; it affects all sectors of society and the environment and it should secure everyone's participation.

Prevention of disease

Prevention of disease usually means the strategies used to reduce the risk factors for a specific illness or to enhance a series of factors for a that reduce predisposition to illness.

Prevention of disease can also include activities and strategies intended to minimize the effects of an illness once it has been contracted. In this case, a distinction is made between primary and secondary prevention.

Primary prevention seeks to prevent the appearance of an illness or disorder. Secondary prevention seeks to arrest an illness or slow its progress through early detection and appropriate treatment; it also seeks to reduce the number of relapses and chronic illnesses through rehabilitation or corrective surgery, for example.

Prevention of disease is essentially a medical activity and involves individuals or groups considered particularly at risk. Its purpose is to protect health. It does not represent a positive vision of health that is always improving, but seeks to maintain the status quo. Health promotion, on the other hand, starts with the whole population in everyday life and not with selected individuals or groups. Its purpose is to improve health. In this context, health promotion and prevention of illness can be considered two distinct but complementary activities that overlap in various situations

Promotion of health and disease prevention thus lie on on a continuum

In practice, it will not always be easy or desirable to separate promotion and prevention. With this approach, actions to promote health will be seen as indistinguishable from preventive measures and even surveillance and control. Priorities for promotion will often be more easily established in terms of problems rather than in terms of desirable states of health that are sometimes hard to define.

Social inequalities related to health

Statement of the problem

- ° Many factors are involved in the inequality of opportunities for health, and socio-economic status is directly related to the incidence of illness and major health problems; it increases the effects of all other factors on health.
- ° A conference will be held in the fall of 1989 to point the way for social and health workers and all others concerned, to reduce social inequalities affecting health.

The goals of the conference are

- ° to raise awareness of the increasing social inequalities that account for the disparities in health in Québec;
- ° to stimulate debate about the seriousness of the problem and the power to bring about the necessary changes; and
- ° to mobilize for action by making Québec's achievements known and exploring new approaches to intervention and research.

Cardio-vascular diseases, or heart health

Statement of the problem

- ° Cardio-vascular diseases are the leading cause of death, of hospitalization and of reduced life expectancy without disability, and the second leading cause of restricted activity for Quebecers.
- ° With respect to risk factors associated with cardio-vascular diseases, the Québec Health Survey shows that more than one adult in three still smokes cigarettes every day and that the largest proportion of smokers is in the 25-44 age group. In addition, a third of the population is overweight; 28% weigh more than they should and 9% are obese.

Objectives

- ° Establish a provincial heart health master program to reduce illness and death due to cardio-vascular diseases among the Québec population.
- ° Master program to include goals for reducing the incidence and prevalence of high blood pressure and high cholesterol through information and public education and various health professionals working in this field and also including work with the food processing and service industries, other government bodies and various non-profit associations and organizations.

- ° Concurrently with the previous objective, intersectoral activities must also be started to reduce smoking and stress and increase regular physical activity.

Activities

- ° Conduct a provincial investigation of the prevalence and incidence of risk factors for cardio-vascular diseases in cooperation with Health and Welfare Canada;
- ° Conduct a provincial nutrition survey to determine the population's eating habits;
- ° Participate in various work groups to define federal-provincial policies on high blood pressure and high cholesterol.

Studies

- ° Project to promote cardio-vascular health: health education strategy and multi-faceted approach. Gallagher, France, 1986.
- ° Training strategy for cardio-vascular health promoters among certain adult groups. Gallagher, France, CLSC du Val St-François, 1987.

Nutrition

1970: Canada Nutrition Survey (including a report on Québec)

1977: Québec nutrition policy

1987: Québec Health Survey

Statement of problem

- ° Many Quebecers have poor eating habits;
- ° 18-20% have breakfast only occasionally, or never;
- ° 32% are overweight or obese;
- ° 8% are anorexic;
- ° Nearly 50,000 young people do not consume enough calcium;
- ° Deficient dental health.

Objectives

- ° Improve Quebecers' diet by:
 - general information for the whole population;
 - information directed to young people, seniors, disadvantaged groups;
 - helping young people make wise choices;
 - access to healthy food;
 - reducing the number of underweight babies through outreach to pregnant women in underprivileged communities;
 - improvement of dental health;
 - less obesity and anorexia.

Activities

- ° In the fall of 1988, publication of "L'alimentation au Québec; voies d'action pour le milieu scolaire" (Diet in Québec; approach to schools) in all regions of Québec;
- ° Use of this publication starting in 1989 by the three departments involved (Agriculture, Fisheries and Food; Education; Health and Social Services) in their respective systems.

Studies

- ° Nutrition education: kindergarden and primary level - DSC Cité de la Santé de Laval
- ° Dietary assessment of day care centres in territory 04 - Trois-Rivières
- ° Experimental project in marketing healthy diets to teens - DSC Roberval

Physical activity

Statement of problem

The contribution physical activity can make not only to health but also to an individual's general well-being is widely known. People who take part in sports regularly see the doctor less often. Regular physical activity generally reduces the risks of cardio-vascular diseases and helps maintain weight and strengthen joints (tendons and ligaments) and muscles. It also has a beneficial effect on levels of stress, anxiety, depression, insomnia and fatigue. This habit is usually associated with a balanced diet and low consumption of alcohol and tobacco, and this enhances its preventive impact.

In the last ten years, physical activity levels have improved considerably in Québec; in 1974, 18% took part, compared to 57% in 1981. According to a Canadian study, however, only a third of the population is involved in a physical activity to an extent beneficial to health, while another third is involved only occasionally. Quebecers are more sedentary than any other Canadians. Women's participation has greatly improved, although it remains less than men's on average; however, if physical exercise is considered rather than sporting activities, women participate more than men. In general, it is mostly young, educated, single people who engage in physical activity, with managers and professionals, as well as Anglophones, at the top of the list.

Campaigns to promote physical activity will become more important.

This interest is even more justified by disturbing recent data on young people's recreational habits. The advent of the microcomputer, VCR and electronic games in homes has resulted in youth expending less energy and being in worse physical condition today than 10 or 40 years ago! In the United States, obesity has increased 54% in children aged six to eleven and 39% among those aged twelve to seventeen. This situation is likely to influence the physical condition and health of today's young people and tomorrow's adults.

Objective

"Contribute to better overall health among the Quebec population by promoting a physically active lifestyle".

Activities

In the fall of 1987, the Department of Health and Social Services signed an agreement joining with the Department of Recreation, Game and Fishing, the Québec Hospital Association and the network of 32 community health departments to support the Kino-Québec program.

These three partners have set up a structure for joint action and co-operation where each is represented.

Two priorities have been set for 1988-89;

- the Viactive program for seniors;
- the Québec-Canada "In Shape" Week (in cooperation with the federal government)

Committees were set up to coordinate the work of attaining these two objectives. In addition, sub-committees work in support of the Kino-Québec program for various activities such as:

- communications;
- scientific content (connection between physical activity and health);
- evaluation.

Studies

Physical activity - health and illness. Yvan D'Amours, Québec Amérique, 1988.

Smoking

Statement of problem

- ° Tobacco is associated with heart disease, cancer of the lungs, trachea and bronchi, strokes, respiratory diseases and several other pathologies;
- ° In Canada, 80% of lung cancer is caused by tobacco products; 35,000 die (every year) as a result of cigarette smoking;
- ° In Québec, tobacco contributes to nearly 8,000 deaths a year, mostly due to cardio-vascular diseases and cancer (especially lung cancer);
- ° Quebecers are among the world's heaviest smokers; they rank fourth among western countries.

Objective

- ° Reduce the number of smokers by 50% by the year 2000, so that less than 20% of men and 15% of women smoke.

Activities

- ° January 1989 conference organized by QHA, protection of non-smokers in public places;
- ° On the same occasion, Department of Health and Social Services launches its official "Aire pure" guide for its agencies;
- ° Education programs for prevention of cardio-vascular diseases;
- ° Encourage institutions, municipalities and companies to regulate tobacco use in their environment.

Studies

- ° Smoke-free spaces, action plan for health and social service institutions in the Eastern Townships, DSC-CHUS, 1987;
- ° Video on tobacco smoking, Tasiujaq dispensary, 1987;
- ° Better living without smoking: an impact study, CLSC Châteauguay, 1986.

Alcoholism and other addictions

Statement of problem

- About 4,000 deaths a year, or 1 in 10, are attributable to alcohol;
- ° Alcohol is often involved in violent acts (family or sexual);
- ° Excessive use can lead to malnutrition;
- Responsible for a significant drop in productivity and a large number of job losses;
- ° More women (14%) than men (7%) consume sleeping pills;
- ° Consumption increases after age 35; 25% of those 65 and older take them;
- ° Use of illicit drugs is thought to be more frequent among young people and males.

Objective

- ° Adoption of responsible attitudes and behavior by individuals and society with regard to mood-altering substances.

Activities

- November 13-19, 1988: Addiction Prevention Awareness Week;
- ° The Department of Health and Social Services coordinates development of regional addiction prevention programs. These are to be completed by April 1, 1989;
- ° Subsequent program implementation as budgets permit.

Studies

- ° Toward an optimal alcoholism and addiction services system - CA Domremy, Trois-Rivières - Pilot project;
- ° Portrait of addiction resources and services on the territory of the Chicoutimi Hospital DSC, DSC Chicoutimi, 1987.

Healthy, responsible sexuality

Statement of problem

- ° Sexually transmitted diseases (STDs) are now epidemic. The groups most vulnerable to the effects of these diseases are young people and more particularly women, in view of the complications.
- ° Statistics show:
 - 5,905 cases of gonorrhea in Québec since 1986;
 - 80,000 people infected by chlamydia every year;
 - 529 declared AIDS cases in Québec, of which 276 had died (as of March 15, 1988)

Objectives

- ° All young people (primary and secondary school, college) should receive appropriate information on healthy, responsible sexuality. Similarly, the whole population, through information campaigns, encounter groups.
- ° The general public and target groups should continuously receive adequate information on STDs and AIDS.

Activities

- ° Fall 1988, STD information campaign organized by the communications branch;
- ° Three prevention and detection teams (two in Montreal, one in Québec City) set up in the past year or so;
- ° Province-wide STD-info toll-free telephone line;
- ° AIDS surveillance activities (Montréal General Hospital);

- ° HIV surveillance activities (DSC St-Sacrement);
- ° Specific budget for clinical research, evaluation and epidemiology;
- ° Operating grants to the following organizations:
 - Montreal AIDS Committee;
 - MIEL - Québec;
 - Haitian AIDS prevention group;
 - Canadian Hemophilia Society - Québec;
 - Iris - Sherbrooke (regional information).

Studies

- ° Study of STD propagation on territory of Greater Québec City and Lévis DSCs. Lachance, Colette, DSC du St-Sacrement.
- ° Study of STD problem in district of CLSC de l'Aquilon with health and social service workers. Blanc, Marie-Hélène and Benoît, Céline, 1986.

Injuries

Promotional activities for various types of health problems including:

- ° Injuries caused by accidents at home (burns, falls (especially old people), drowning, violence);
- ° Injuries caused by recreational and utility vehicles.

Activities

- ° Participation with health care system on issues related to injuries;
- ° System support by:
 - raising public awareness of risks;
 - decreasing disability and rehabilitation care;
 - making representations to public authorities.

Objectives

- ° Reduce injury-related health care costs;
- ° Reduce number of avoidable injuries.

Study

- ° Demonstration project: an enhanced surveillance system (DSC de l'Enfant-Jésus, Québec City).

Highway accidents

Statement of problem

- ° At present rate, 20,000 Quebecers will die on the roads by the year 2,000.

Objective

- ▣ Reduce deaths caused by motor vehicles by 40% within the next seven years.

Activities

- ° Train workers in the system;
- ° Identify dangerous locations;
- ° Raise awareness of air bags.

Studies

- ° Various regions

For example, Rimouski

- Injuries related to all-terrain vehicles;
- Identification of dangerous locations.

Mental Health

Statement of Problem

- ° Recent studies "estimate that the prevalence of chronic mental illness in the population is between 15% and 20% and that only one fifth of these problems are diagnosed and treated" (Harnois Report);
- ° Suicide is an ultimate manifestation of psychological distress (in 1985, 1,112 people (871 male, 241 female) in Québec committed suicide);
- ° Quebec has the highest provincial suicide rate;
- ° Many other serious problems are closely related to mental health: marital violence, violence to children, sexual assault, alcoholism and drug addiction, socio-economic problems and so on;
- ° It is difficult to analyze statistics on problems related to young people's mental health because of conceptual differences on this subject. However, in 1985, according to data from the directors of youth protection, four children per thousand aged 0 to 18 were estimated to be abused or mistreated.

Objectives

- ° Improve the mental health of Quebecers, mainly by creating favorable living environments and strengthening personal skills (including parenting);
- ° Specific objectives are still to be defined for the promotion of children's mental health.

Activities

- ° From 1988 to 1991, the Department of Health and Social Services must maintain its support of the promotion and prevention activities under way in the system and community organizations such as:
 - early childhood stimulation and parenting skills development programs;
 - volunteer listening and companionship for suicidal persons;
 - self-help groups for psychologically stressful situations, violence and the like;
- ° In January 1989, the Department of Health and Social Services published a mental health policy. Among other things, it provided for broadening the mental health aspect of the Québec Health Survey to include children aged 6 to 15.

Studies

- ° Evaluation of an innovative approach to training mental health promotion workers. DSC - Chicoutimi, 1986.
- ° Evaluation of a mental health program for young psychotic adults, Canadian Review of Community Mental Health, Cormier, Allard, Vaillancourt, Gingras, Québec City, 1987.
- ° Community action project for a town in crisis. Lebel-sur-Quevillon, 1987.

Independent living for seniors

Statement of problem

- ° In 1986, 9.9% of the population was 65 or older. In 2001, it will be 13%.
- ° According to the Survey of Disability in Canada (83-84), 31% of Quebecers aged 65 to 74 were limited in their activities for health reasons. For those over 75, it is 45%.
- ° The elderly make the greatest demands on the health care system; their average hospital stay is 20 days and between 1980 and 1984, short-term hospitalization rates increased 20% for those aged 65 and over. The average increase for the Québec population as a whole was 6.3% for the same period.
- ° The cost of care per capita for seniors is six times higher than for the rest of the population. The demographic aging factor alone will cause health expenditures to rise from \$3 billion to \$4.2 billion between 1981 and 2001.

Objectives

- ° The main challenge in relation to the elderly population will be to deal with the growing number of disabled seniors and to consider all the possibilities for preventing restricted mobility so that the aged can live healthy lives with greater independence.
- ° From the 1985 policy "Un nouvel âge à partager" (A new age to share) of the Department of Health and Social Services, we could take and adopt the goal of "enhancing the independence of seniors by developing their skills and abilities and by providing them with conditions for a real quality of life".

Activities

- "Un nouvel âge à partager" suggests four priorities for primary prevention: accidental falls, malnutrition, depression and drug intoxication;
- ° Promotion activities can be based on these same priorities but action will have to be taken early, before people reach the age when these problems complicate the normal aging process;
- ° Starting in 1989-90, encourage the creation of a sectoral group on health promotion for seniors;
- ° In 1989-90, support the creation of a research and development team within the system mandated to experiment with new methods and approaches to health promotion for seniors.

Studies

- ° Pilot deinstitutionalization study. CA de Montarville, Elsy Gagné, 1986.
- ° Bon de santé (Health voucher). Lavictoire, Lebel, Théolis. Foyer Harricana Inc, Amos, 1988.
- ° Physical activity specialist's guide, Kino-Québec module and regional golden age council, 1986.
- ° Research on insecurity of elderly living at home and its influence on their desire to be institutionalized. Philippe Rancourt, 1987.

Healthy towns and villages

This project is part of an international health promotion movement that started in Toronto in 1984 and then spread to more than 70 European cities and towns and to Australia, before coming back to Canada over a year ago.

For health workers and municipal officials, vast opportunities for effective partnership in promoting the health of individuals and local communities exist, without political or administrative strain.

Fourteen municipalities throughout Québec are involved in concrete actions to promote their citizens' health, in cooperation with other public or private organizations in their community.

Supported by the departments of health and social services and of municipal affairs and by a provincial information centre, they form a network of healthy towns and villages that exchange information and help each other implement their projects.

Subsidized community health projects

Since 1983, the Department has set up a directory of subsidized community health projects. This directory contains research, analyses and studies done by various system agencies on different health topics:

- ° motor vehicle accidents and injuries;
- ° alcohol, drugs and tobacco (addiction, better living without smoking);
- ° cardio-vascular diseases;
- ° sexually transmitted diseases;
- ° nutrition (healthy diet);
- ° pregnancy and childbirth (pregnancy information and nutrition);
- ° seniors (medication user's notebook, seniors in motion, insecurity);
- ° handicapped (multiple sclerosis);
- ° early childhood (youth/new parents, early childhood emergency);
- ° social health projects (poverty, local planning);
- ° rehabilitation;
- ° occupational health (alcoholism, prevention on the farm);
- ° young people's health (sexuality, asthma, Opération "Jeunes-aide");
- ° environmental health (intoxication related to game and fish caught);
- ° mental health;
- ° violence (women victims, pornography).

Results of the Forum Survey ¹

With valid data available for the third consecutive year, we are able to pursue the analysis beyond a simple snapshot of professional activities, and show the trends. A comparison of the relative importance of issues from 1986 to 1988 shows some major trends in the DSC system.

The two major fields of activity in which DSC professionals worked in 1988 are the same as in 1986 and 1987, namely infectious diseases (22.7% of cases) and mental health (10.0%).

The increase in the proportion of infectious disease cases is noteworthy: from 17.0% in 1986 to 22.0% in 1987 and 22.7% in 1988. AIDS cases in particular increased remarkably from 1.4% of identified cases in 1986 to 1.6% in 1987 and 3.2% of the 1,184 cases classified by type in 1988. In 1988, for 6.3% of the 463 respondents to the survey in all 32 DSCs, AIDS was related to at least one of their three main issues. However, the relative importance of STD cases dropped from 6.4% in 1987 to 5.8% in 1988, after nearly doubling from the 1986 level of 3.6%.

This phenomenon is partly explained by a transfer of STD resources to AIDS cases. Finally, a significant increase in the proportion of cases related to travellers' health (1.5% in 1987 to 2.4% in 1988) was noted.

The relative importance of mental health cases stabilized at 9.5% in 1987 and 10% in 1988 after decreasing slightly from 11.7% in 1986. However, suicide cases increased from 0.6% in 1987 to 1.5% in 1988. They were 1.1% in 1986.

¹Forum Survey 1988 Report, Québec Hospital Association, September 1988

Cases under the heading of "physical health", the third most important in 1988, increased to 8.7% from 7.0% in 1987 and 4.8% in 1986. This increase is largely explained by the growing number of "cardio-vascular health" cases, from 1.5% in 1986 to 2.3% in 1987 and 4.6% in 1988.

Lifestyle-related cases came fourth in 1988 at 8.2%; 12.5% of respondents include them as one of their three main issues. They were 13th out of 14 main issues in 1987. Cases related to physical activity, which were 3.8% in 1988 compared to 0.7% in 1987 and 1.2% in 1986, are responsible for this large increase, as a result of the inclusion of Kino-Québec modules in 1987-88.

The number of accident and injury cases has levelled off at 4.7% in 1988, compared to 5.3% in 1987 and 3.6% in 1986. Motor vehicle accident injuries followed a similar trend: from 2.4% of cases in 1986 to 3.6% in 1987 and 3.3% in 1988.

Finally, we would mention that, further to a noticeable change in the resources assigned to pregnancy and childbirth, the proportion of cases under this heading declined steadily between 1986 and 1988, from 7.3% to 6.6% to 4.7%.

On the other hand, the growing interest in environmental health has not yet been manifested in the statistics; the number of cases under this heading declined from 4.6% in 1986 and 1987 to 4.1% in 1988. In 1988, 3.3% of respondents worked on at least one environmental health case.

Turning now to activities, we note that health promotion cases, which had risen from 8.8% in 1986 to 17.4% in 1987, went down again to 15.6% in 1988. Since this heading includes some subactivities indirectly related to promotion, we can compare data for two particular activities. Cases clearly related to health promotion were 3.3% in 1988, compared to 4.6% in 1987 and 0.7% in 1986. The relative importance of "preparing health education tools" increased from 0.1% in 1986 to 0.2% in 1987 and 1.3% in 1988.

In 1988, 35.5% of cases had to do with research, compared to 31.7% in 1987 and 38.8% in 1986, so this activity remains very important for DSCs. "Evaluation research" included $3.3\% + 1.9\% = 5.2\%$ of cases in 1988, compared to 5.6% in 1987 and 6.9% in 1986, representing a slight decrease in importance.

Conclusion

The Department of Health and Social Services, which is responsible for protecting public health, is proposing a concrete reorientation toward health promotion and prevention of social and health problems and it must support this approach.

The stakes are high: future generations must benefit from this resource - health - and not have to pay the price for illnesses that could have been prevented by a timely investment in Quebecers' collective health.

The time is right to rally many social forces around the goal of health promotion.

CA ,
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

Un survol des études, problèmes
et efforts actuels liés à la
promotion de la santé au Québec

QUÉBEC

VICTORIA (Colombie-Britannique)
les 12, 13, 14 et 15 mars 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

PROMOTION DE LA SANTE

Un survol des études, problèmes
et efforts actuels liés à la
promotion de la santé au Québec

Victoria, le 13 mars 1989

Prévention - Promotion: un continuum dans la poursuite de l'objectif-santé

La promotion de la santé

La protection de la santé publique est une responsabilité majeure du gouvernement et plus précisément du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette protection s'exerce principalement par trois grandes stratégies: la promotion de la santé, la prévention des maladies et, plus généralement, des problèmes socio-sanitaires ainsi que la surveillance et le contrôle de la santé publique.

Les frontières entre ces différentes stratégies ne sont pas toujours précises et les définitions qu'on en a sont multiples. Pour mieux situer cette présentation, il importe de relever brièvement les liens de parenté, mais aussi les différences, entre promotion et prévention.

La promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer leur santé. C'est à ce concept global qu'en sont venus ceux qui reconnaissent la nécessité fondamentale d'un changement à la fois dans les façons de vivre et dans les conditions de vie pour la santé. La promotion de la santé représente une stratégie de médiation entre les gens et leur environnement, alliant choix personnel et responsabilité sociale afin de créer un futur plus sain.

La promotion de la santé se résume par les principes généraux suivants: la promotion de la santé travaille avec les gens, non contre eux; il s'agit d'un processus qui se déroule du commencement à la fin au sein de la communauté locale; elle s'attaque aussi bien aux causes sous-jacentes de la santé qu'à ses causes immédiates; elle s'intéresse

autant à l'individu qu'au milieu; elle souligne les dimensions positives de la santé; elle touche tous les secteurs de la société ainsi que l'environnement et devrait faire appel à la participation de tous.

La prévention de la maladie

On parle généralement de prévention de la maladie pour désigner les stratégies mises en oeuvre pour réduire les facteurs de risque dans le cas d'une maladie précise ou pour accroître une série de facteurs qui diminuent la prédisposition à la maladie.

La prévention de la maladie peut également inclure des activités et des stratégies destinées à en minimiser les conséquences une fois qu'elle est contractée. Dans ce cas, on établit une distinction entre la prévention primaire et secondaire.

La prévention primaire cherche à empêcher l'apparition de la maladie ou du trouble. La prévention secondaire cherche à enrayer ou à retarder la progression de la maladie par une détection rapide et un traitement adéquat; elle cherche également à diminuer les cas de rechutes ainsi que de maladies chroniques par des mesures de réadaptation ou par une chirurgie correctrice, par exemple.

La prévention de la maladie est essentiellement une activité qui relève du domaine médical et qui traite des individus ou des groupes qui sont jugés particulièrement à risque. Son but est de protéger la santé. Elle ne représente pas une vision positive de la santé qui va toujours en s'améliorant, mais elle s'attache à maintenir le statu quo. La promotion de la santé, d'autre part, a comme point de départ la population entière dans sa vie quotidienne et non des individus ou des groupes choisis. Son but est d'améliorer la santé. Dans ce contexte, la promotion de la santé et la prévention de la maladie peuvent être considérées comme deux activités distinctes mais complémentaires, qui se recouvrent dans des situations et des circonstances variées.

La promotion de la santé et la prévention s'inscrivent donc dans un continuum

En pratique, il ne sera pas toujours facile, ni souhaitable, de séparer promotion et prévention. En vertu de cette approche, les actions de promotion de la santé seront vues et traitées comme indissociables des actions préventives et même de celles de surveillance et de contrôle. Les priorités de promotion seront d'ailleurs souvent et plus facilement établies à partir des problèmes plutôt que d'états de santé souhaitables, parfois difficiles à définir.

Les inégalités sociales en matière de santé

Problématique:

- Plusieurs facteurs interviennent dans l'inégalité des chances devant la santé et la situation socio-économique est un facteur directement relié à l'incidence de maladies et de problèmes de santé majeurs et il amplifie les effets sur la santé de tous les autres facteurs.
- Un colloque aura lieu à l'automne 1989 et il aura pour but: de se positionner en tant qu'intervenants socio-sanitaires ou en tant qu'acteurs concernés sur les moyens à prendre pour réduire les inégalités sociales face à la santé.

Les objectifs du colloque sont les suivants:

- Sensibiliser à l'accroissement des inégalités sociales qui sont à l'origine des disparités sur le plan de la santé au Québec;
- Susciter un débat autour de la gravité du problème et du pouvoir que l'on détient de provoquer les changements nécessaires;
- Mobiliser pour l'action, en faisant connaître les acquis québécois et en explorant de nouvelles voies d'intervention et de recherche.

Les maladies cardio-vasculaires
ou La santé du coeur

Problématique:

- Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité, la première cause d'hospitalisation, la première cause de diminution de l'espérance de vie sans incapacité et la deuxième cause de restriction d'activité chez les Québécois.
- Au chapitre des facteurs de risque associés aux maladies cardio-vasculaires, l'Enquête Santé Québec nous révèle que plus d'un adulte sur trois fume encore la cigarette tous les jours et que la plus grande proportion de fumeurs se retrouve dans le groupe des gens âgés de 25 à 44 ans. De plus, le tiers de la population dépasse son poids normal et on observe 28% des gens en excès de poids et 9% d'obèses.

Objectifs:

- Etablir un programme cadre provincial pour la santé du coeur afin de réduire la morbidité et la mortalité des M.C.V. au sein de la population québécoise.
- Programme cadre qui inclura des objectifs pour diminuer l'incidence et la prévalence de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie via des actions d'information et d'éducation du public et des divers professionnels de la santé oeuvrant dans ce domaine et comprenant également un volet de travail avec le secteur de l'industrie agro-alimentaire, de la restauration, d'autres organismes gouvernementaux et diverses associations et organisations sans but lucratif.

- Parallèlement à l'objectif précédent, des actions intersectorielles devront également être amorcées afin de diminuer le tabagisme et le stress tout en accroissant la pratique courante de l'activité physique.

Actions:

- Réalisation d'une enquête provinciale sur la prévalence et l'incidence des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires en collaboration avec Santé et Bien-être social Canada;
- Réalisation d'une enquête provinciale en nutrition afin de cerner le comportement alimentaire de la population;
- Participation à différents groupes de travail en vue de définir des orientations fédérales-provinciales au niveau de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie.

Etudes:

- Projet promotion de la santé cardio-vasculaire: stratégie d'éducation sanitaire et interventions multifactorielles. Gallagher, France, 1986.
- Stratégie de formation de multiplicateurs, multiplicatrices dans le domaine de la promotion de la santé cardio-vasculaire auprès de certains groupes d'adultes. Gallagher, France, CLSC du Val St-François, 1987.

La nutrition

En 1970:

Enquête Nutrition Canada (incluant un rapport pour le Québec).

En 1977:

Politique québécoise en matière de nutrition.

En 1987:

Enquête Santé Québec.

Problématique:

- Mauvaises habitudes alimentaires de nombre de Québécois;
- 18 et 20% de gens ne déjeunent jamais ou occasionnellement;
- 32% font de l'embonpoint ou sont obèses;
- 8% sont anorexiques;
- Près de 50 000 jeunes ne consomment pas assez de calcium;
- Santé dentaire déficiente.

Objectifs:

- Améliorer l'alimentation des Québécois au moyen d'objectifs suivants:
 - . information générale à l'ensemble de la population;
 - . information adaptée aux jeunes, personnes âgées, groupes défavorisés;
 - . permettre aux jeunes de faire des choix judicieux;
 - . accès à des aliments sains;
 - . réduction de naissance de bébés de petit poids mise en valeur chez les femmes enceintes de milieux défavorisés;
 - . amélioration de la santé dentaire;
 - . diminution de l'obésité et de l'anorexie.

Actions:

- A l'automne 88, lancement du document: "L'alimentation au Québec; voies d'action pour le milieu scolaire", dans toutes les régions du Québec;
- Implantation dudit document à compter de 1989, par les 3 ministères impliqués (MAPAQ-MEQ-MSSS) dans leur réseau respectif.

Etudes:

- Education en nutrition: maternelle et niveau primaire - DSC Cité de la Santé de Laval;
- Evaluation de l'alimentation dans les garderies du territoire 04 - Trois-Rivières;
- Projet expérimental de marketing de menus-santé auprès des adolescents - DSC Roberval.

L'activité physique

Problématique

La contribution que l'activité physique peut apporter non seulement à la santé mais aussi au bien-être général de l'individu est largement reconnue. Les gens qui font régulièrement du sport consultent moins souvent le médecin. La pratique régulière d'une activité physique a généralement pour effet de réduire les risques de maladies cardiovasculaires, de maintenir le poids et de renforcer le fonctionnement des articulations (tendons et ligaments) et des muscles. Elle a également un effet bénéfique sur les niveaux de stress, d'anxiété, de dépression, d'insomnie et de fatigue. Cette habitude de vie est généralement associée à une alimentation équilibrée et à une faible consommation d'alcool et de tabac, ce qui multiplie son potentiel préventif.

Depuis dix ans, les niveaux d'activité physique se sont sensiblement améliorés au Québec: en 1974, 18% de la population s'y adonnait, contre 57% en 1981. Selon une étude canadienne, par contre, seulement le tiers de la population pratiquerait une activité physique à un niveau qui pourrait être bénéfique pour la santé, tandis qu'un autre tiers ne s'y adonnerait qu'à l'occasion. On est plus sédentaire au Québec que partout ailleurs au Canada. La participation des femmes s'est beaucoup améliorée, bien qu'elle demeure en moyenne inférieure à celle des hommes; si cependant on considère l'exercice physique plutôt que les activités sportives, la participation des femmes dépasse celle des hommes. En général, ce sont surtout les personnes jeunes, instruites et célibataires qui s'adonnent à l'activité physique: parmi elles, les cadres et les membres de professions libérales l'emportent, de même que les anglophones.

Les campagnes en faveur de l'activité physique sont appelées à prendre plus d'importance.

Cet intérêt est d'autant plus justifié que des données récentes concernant les habitudes de loisirs des jeunes sont inquiétantes. L'avènement du micro-ordinateur, du magnétoscope et des jeux électroniques dans les foyers ont fait en sorte que les jeunes d'aujourd'hui dépensent moins d'énergie et sont en moins bonne condition physique qu'il y a 10 ou 40 ans! Aux Etats-Unis, l'obésité a progressé de 54% chez les enfants de 6 à 11 ans et de 39% chez les 12 à 17 ans. Cette situation est susceptible d'influer sur la condition physique et l'état de santé des jeunes d'aujourd'hui et des adultes de demain.

Objectif:

"Contribuer au mieux-être et à l'amélioration de l'état de santé globale de la population québécoise, par la promotion d'un mode de vie physiquement actif".

Actions

A l'automne 1987, par la signature d'une convention, le MSSS s'unissait au MLCP, à l'AHQ et au réseau des 32 DSC pour soutenir le programme Kino-Québec.

Ces trois partenaires se sont dotés d'une structure de concertation, de collaboration où chacun est représenté.

Pour l'année 1988-89, 2 priorités ont été retenues:

- le programme Viactive destiné aux personnes âgées;
- la semaine Québec Canada en forme (collaboration conjointe avec le fédéral).

Des comités de travail ont été mis sur pied afin de coordonner la réalisation de ces 2 priorités. De plus des sous-comités travaillent à supporter le programme Kino-Québec pour la réalisation de différentes activités tels:

- les communications;
- le contenu scientifique (lien entre activité physique et santé);
- l'évaluation.

Etudes

Activité physique - Santé et maladie. Yvan D'Amours, Québec Amérique, 1988.

Tabagisme

Problématique:

- Le tabac est associé aux maladies du coeur, aux cancers du poumon, de la trachée et des bronches, aux accidents vasculaires cérébraux, aux maladies respiratoires et à plusieurs autres pathologies;
- Au Canada, 80% des cancers du poumon sont causés par les produits du tabac; 35 000 personnes meurent des causes de la cigarette;
- Au Québec, le tabac contribue à près de 8 000 décès par année, d'abord par maladies cardio-vasculaires, par cancer (surtout celui du poumon);
- Le Québec fait partie des nations championnes du tabagisme, avec le 4^e rang des pays occidentaux.

Objectif:

- Réduire le nombre de fumeurs de 50% d'ici l'an 2000 afin d'avoir moins de 20% de fumeurs et moins de 15% de fumeuses.

Actions:

- En janvier 1989, lors d'un colloque organisé par l'AHQ, protection des non-fumeurs dans les lieux publics;
- A la même occasion, lancement officiel du Guide Air pure par le MSSS pour son réseau;
- Programmes de sensibilisation à la prévention des maladies cardio-vasculaires;
- Encouragement aux établissements, aux municipalités, aux entreprises à réglementer l'usage du tabac dans leur environnement respectif.

Etudes:

- Espaces sans fumée, profil d'intervention auprès des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrée, DSC-CHUS, 1987;
- Vidéo sur le tabagisme, dispensaire du Tasiujaq, 1987;
- Vivre mieux sans fumer: une étude d'impact, CLSC Châteauguay, 1986.

L'alcoolisme et les autres toxicomanies

Problématique:

- Les décès imputables à l'alcool sont de l'ordre de 4 000 par année, soit 1 décès sur 10;
- L'alcool est souvent en cause lors d'actes de violence (familiale ou sexuelle);
- Son usage excessif peut entraîner la malnutrition;
- Responsable d'une baisse importante de productivité et de pertes d'emplois;
- La consommation de somnifères est plus forte chez les femmes (14%) que chez les hommes (7%);
- Elle s'accroît après 35 ans et atteint 25% pour les personnes âgées de 65 ans et plus;
- L'usage des drogues illicites serait plus fréquent chez les jeunes, les hommes.

Objectifs:

- L'adoption d'attitudes et de comportements responsables, par les individus et par la société, à l'égard des produits psychotropes.

Actions:

- Du 13 au 19 novembre 1988: Semaine de sensibilisation à la prévention de la toxicomanie;
- Le MSSS coordonne l'élaboration de programmes régionaux de prévention en toxicomanie. Au 1er avril 1989, lesdits programmes devront être complétés.
- Par la suite, actualisation des programmes selon les limites budgétaires.

Etudes:

- Vers un réseau optimal de services en alcoolisme et toxicomanie - CA Domremy, Trois-Rivières - Projet pilote;
- Portrait des ressources et services en toxicomanie sur le territoire du DSC de l'Hôpital de Chicoutimi, DSC Chicoutimi, 1987.

Une sexualité saine et responsable

Problématique:

- La prévalence des MTS dépeint à l'heure actuelle une situation épidémique. Les groupes les plus vulnérables aux conséquences de ces maladies sont les jeunes et plus particulièrement les femmes, si l'on tient compte des complications.
- Les statistiques ont révélé:
 - . 5 905 cas de gonorrhée au Québec depuis 1986;
 - . 80 000 sujets infectés par chlamydia par année;
 - . 529 cas de SIDA déclarés au Québec et 276 de ces cas seraient décédés (au 15 mars 1988).

Objectifs:

- Que l'ensemble des jeunes (primaire, secondaire, collégial) reçoivent une information adaptée à une sexualité saine et responsable. De même que l'ensemble de la population, par le biais de campagnes d'information, de groupes de rencontres.
- Que la population et les groupes-cibles reçoivent, de façon continue, une information adéquate sur les MTS et le SIDA.

Actions:

- Automne 88, campagne d'information sur les MTS organisée par la direction des Communications;
- Mises sur pied de 3 équipes de prévention et de dépistage (2 à Mtl, 1 à Québec) depuis environ 1 an;
- Ligne téléphonique à travers la province (1-800) Info-MTS;
- Activités de surveillance du SIDA (Hôpital général de Montréal);

- Activités de surveillance du VIH (DSC St-Sacrement);
- Budget spécifique pour la recherche clinique, évaluation et épidémiologie;
- Subventions accordées aux organismes suivants pour leur fonctionnement:
 - . Comité SIDA-AID-Mtl;
 - . MIEL-Québec;
 - . Groupe haïtien pour la prévention du SIDA;
 - . Société canadienne de l'hémophilie - Québec;
 - . Iris - Sherbrooke (information régionale).

Etudes

- Etude des réseaux de propagation des MTS sur le territoire des DSC du Québec Métro et du DSC de Lévis. Lachance, Colette, DSC du St-Sacrement.
- Etude auprès des intervenants en santé et services sociaux en regard de la problématique des MTS dans le district socio-sanitaire du CLSC de l'Aquilon. Blanc, Marie-Hélène et Benoît, Céline, 1986.

Traumatismes

Actions de promotion sur les différents types de problèmes de santé dont:

- Traumatismes causés par les accidents domestiques (brûlures, chutes (surtout personnes âgées), noyade, violence, etc.);
- Traumatismes causés par les véhicules récréatifs et utilitaires.

Actions:

- Participation avec le réseau sur des dossiers reliés aux traumatismes;
- Support au réseau:
 - . sensibilisation de la population contre les risques;
 - . diminuer l'invalidité et les soins de réhabilitation;
 - . faire des représentations auprès des décideurs publics.

Objectifs:

- Réduire les coûts de santé reliés aux traumatismes;
- diminuer les blessures évitables.

Etude:

- Projet de démonstration d'un système de surveillance élargie. (DSC de l'Enfant-Jésus, Québec).

Traumatismes routiers

Problématique:

- Selon la fréquence actuelle, 20 000 québécois trouveront la mort sur les routes d'ici l'an 2000.

Objectif:

- Réduire de 40% la mortalité causée par les véhicules à moteur, d'ici les 7 prochaines années.

Actions

- Formation d'intervenants dans le réseau;
- Identification de sites dangereux;
- Sensibilisation des intervenants au coussin d'air.

Etudes:

- Différentes régions

Ex: Rimouski

- . Traumatismes reliés aux véhicules tout-terrain;
- . Identification de sites dangereux.

La santé mentale

Problématique:

- Des études récentes "estiment que le taux de prévalence à vie des troubles mentaux dans la population se situe entre 15 et 20% et que seulement le cinquième de ces problèmes seraient diagnostiqués et traités" (Rapport Harnois);
- Le suicide constitue une manifestation ultime de détresse psychologique (en 1985, 1 112 au Québec dont 871 de sexe masculin et 241 de sexe féminin);
- Le Québec occupe le 1er rang des provinces pour la fréquence des suicides;
- Plusieurs autres problèmes sérieux ont des relations étroites avec la santé mentale: violence conjugale, violence faite aux enfants, agressions sexuelles, alcoolisme et toxicomanie, problèmes socio-économiques, etc;
- Il est difficile d'analyser les statistiques sur les problèmes relatifs à la santé mentale des jeunes en raison des conceptions différentes relatives à la définition de la santé mentale des jeunes. Par contre, en 1985, selon les données des directeurs de la protection de la jeunesse, on évaluerait à 4 pour 1 000 enfants le taux d'incidence des enfants de 0 à 18 ans victimes de mauvais traitements.

Objectifs:

- Améliorer la santé mentale des québécois, principalement par la création de milieux de vie favorables et par le renforcement de compétences personnelles (y compris les compétences parentales);
- Des objectifs précis restent à définir dans le domaine de la promotion de la santé mentale des enfants.

Actions:

- De 1988 à 1991, le MSSS doit maintenir son soutien aux activités de promotion/prévention en cours dans le réseau et les organismes communautaires, comme:
 - les programmes de stimulation précoce des enfants et de développement des compétences parentales;
 - les interventions bénévoles d'écoute et d'accompagnement des personnes suicidaires;
 - les groupes d'entraide face aux situations psychologiques stressantes et à la violence, etc.
- En janvier 1989, publication par le MSSS d'une "Politique en santé mentale". On y prévoit, entre autres, l'élargissement de l'Enquête Santé Québec, volet santé mentale, aux enfants de 6 à 15 ans.

Etudes:

- Evaluation d'une intervention novatrice en termes de formation d'agents multiplicateurs en santé mentale. DSC-Chicoutimi, 1986.
- Evaluation d'un programme de santé mentale pour jeunes adultes psychotiques. Revue canadienne de santé mentale communautaire, Cormier, Allard, Vaillancourt, Gingras, Québec, 1987.
- Projet d'intervention communautaire dans un contexte de ville en crise. Lebel-sur-Quevillon, 1987.

Autonomie des personnes âgées

Problématique:

- La population âgée de 65 ans et plus était de 9,9% en 1986. Elle sera de 13% au 2001.
- Selon l'Enquête sur l'incapacité au Canada (83-84), 31% des Québécois âgés de 65 à 74 ans seraient limités dans leurs activités pour raisons de santé. Après 75 ans, cette proportion passe à 45%.
- Ce sont les personnes âgées qui recourent le plus souvent au système de soins; leur durée moyenne de séjour dans les centres hospitaliers est de 20 jours et en 1980 et 1984, les taux d'hospitalisation de courte durée ont augmenté de 20% pour les 65 ans et plus. L'augmentation moyenne pour l'ensemble de la population québécoise a été de 6,3% pour la même période.
- Le coût per capita des soins est de 6 fois plus élevé chez les personnes âgées que chez les 0-64 ans. Le seul "effet du vieillissement" démographique fera passer les dépenses de santé de 3 à 4,2 milliards entre 1981 et 2001.

Objectifs:

- Le principal défi relativement à la population âgée, consistera à faire face au nombre croissant de personnes âgées en incapacité et d'envisager toutes les possibilités de prévention des restrictions d'activités afin de préparer une vieillesse en santé et de leur assurer une plus grande autonomie.
- De la politique du MSSS "Un nouvel âge à partager" (1985), on pourrait extraire et adopter l'objectif de "renforcer l'autonomie des personnes âgées par la mise en valeur de leurs capacités et de leurs acquis et par l'établissement de conditions qui leur permettent une véritable qualité de vie".

Actions:

- "Un nouvel âge à partager" propose 4 priorités de prévention primaire: chutes accidentelles, malnutrition, dépression et intoxication médicamenteuse;
- Des actions de promotion pourront porter sur ces mêmes priorités mais devront s'exercer précocement, avant même que les personnes atteignant l'âge où ces problèmes viennent compliquer le processus normal de vieillissement;
- Dès 1989-1990, favoriser la création d'un groupe sectoriel sur la promotion de la santé des personnes âgées;
- En 1989-1990, supporter la création d'une équipe réseau de recherche et de développement ayant pour mandat d'expérimenter de nouveaux modes et outils d'intervention en promotion de la santé des personnes âgées.

Etudes:

- Etude pilote de désinstitutionalisation. C.A. de Montarville, Elsy Gagné, 1986.
- Bon de santé. Lavictoire, Lebel, Théolis. Foyer Harricana Inc., Amos, 1988.
- Guide du spécialiste en activité physique, module Kino-Québec et Conseil régional de l'âge d'or, 1986.
- Recherche sur l'insécurité par la personne âgée vivant à domicile et son influence sur le désir d'être hébergée. Philippe Rancourt, 1987.

Villes et villages en santé

Ce projet s'inscrit dans le sillage d'un mouvement international de promotion de la santé qui est né à Toronto en 1984, s'est ensuite étendu à plus de 70 villes européennes et à l'Australie, pour revenir au Canada il y a maintenant plus d'un an.

Pour les intervenants de la santé et ceux du monde municipal, il existe d'immenses champs de confort politique et administratif où peut fleurir un partenariat efficace dans la promotion de la santé des personnes et des communautés locales.

Quatorze municipalités à travers le Québec se sont engagées, en collaboration avec d'autres organisations publiques ou privées de leur communauté, dans des actions concrètes de promotion de la santé de leurs citoyens.

Appuyées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et celui des Affaires municipales, et soutenues par un centre provincial d'information, elles forment un réseau de villes et villages en santé qui échangent des informations et qui se supportent dans l'implantation de leurs projets.

Projets subventionnés en santé communautaire

Depuis 1983, le Ministère a mis sur pied un répertoire de projets subventionnés en santé communautaire. Ce répertoire contient les recherches, analyses et études effectuées par différents organismes du réseau et ce touchant différents thèmes de la santé:

- . accidents et traumatismes reliés aux véhicules à moteur;
- . alcool, drogues et tabac (dépendance, vivre mieux sans fumée);
- . maladies cardio-vasculaires;
- . maladies transmises sexuellement;
- . nutrition (menu-santé);
- . périnatalité (info-grossesse, grossesse-nutrition);
- . personnes âgées (carnet de l'utilisateur de médicaments, les aînés en mouvement, insécurité);
- . personnes handicapées (sclérose en plaques);
- . petite enfance (jeunesse/nouveaux parents, SOS petite enfance);
- . projets socio-sanitaires (pauvreté, planification locale);
- . réadaptation;
- . santé au travail (alcoolisme, prévention à la ferme);
- . santé des jeunes (sexualité, asthme, opération "Jeunes-aide");
- . santé environnementale (intoxication liée aux produits de la chasse et de la pêche);
- . santé mentale;
- . violence (femmes victimes de, pornographie).

Résultats de l'Enquête Forum¹

Des données valides étant disponibles pour la troisième année consécutive, nous sommes en mesure de pousser l'analyse au-delà du simple portrait instantané des activités des professionnels pour y inclure une dimension évolutive. La comparaison de l'importance relative des thématiques de 1986 à 1988 permet d'identifier certaines des tendances majeures dans le réseau des DSC.

Ainsi, en 1988, les deux champs majeurs d'intervention dans lesquels travaillent les professionnels des DSC sont les mêmes qu'en 1986 et 1987, soit les maladies infectieuses (22,7% des dossiers) et la santé mentale (10,0%) des dossiers.

La progression de l'importance relative des dossiers de maladies infectieuses est notable, ces derniers représentant 17,0% des dossiers en 1986, 22,0% en 1987 et 22,7% en 1988. La sous-thématique SIDA en particulier connut une progression remarquable passant de 1,4% des dossiers identifiés en 1986 à 1,6% en 1987 et 3,2% des 1 184 dossiers répertoriés en 1988. En 1988, 6,3% des 463 répondants à l'enquête avaient, dans l'ensemble des 32 DSC, au moins un de leur trois principaux dossiers qui portait sur le SIDA. L'importance relative des dossiers MTS a fléchi toutefois de 6,4% à 5,8% entre 1987 et 1988 après avoir presque doublé de 1986 (3,6%) à 1987 (6,4%). Ce phénomène s'explique partiellement par un transfert des ressources affectées aux MTS vers des dossiers SIDA. On note enfin un accroissement notable de la proportion de dossiers consacrés à la santé des voyageurs (1,5% en 1987 à 2,4% des dossiers en 1988).

L'importance relative des dossiers en santé mentale s'est stabilisée en 1987 (9,5%) et 1988 (10%) après avoir connu une légère diminution par rapport à 1986 (11,7% des dossiers). Les dossiers "Suicide" toutefois sont passés de 0,6% de l'ensemble des dossiers en 1987 à 1,5% en 1988. Ils comptaient pour 1,1% des dossiers en 1986.

1. Rapport "Enquête Forum 1988", Association des hôpitaux du Québec, Septembre 1988.

Les dossiers regroupés sous la grande thématique "Santé physique", la troisième en importance en 1988, ont vu leur importance relative passée à 8,7% contre 7,0% en 1987 et 4,8% en 1986. Cet accroissement s'explique largement par l'accroissement du nombre de dossiers "santé cardiovasculaire" qui regroupe 4,6% des dossiers de 1988 contre 2,3% en 1987 et 1,5% en 1986.

Les dossiers associés aux habitudes de vie viennent en quatrième place en 1988 avec 8,2% de l'ensemble des dossiers et 12,5% des répondants qui l'abordent par le biais de l'un de leurs trois dossiers majeurs. Cette thématique était en 13^e position dans l'ordre d'importance des 14 grandes thématiques en 1987. Les dossiers reliés à l'activité physique qui regroupent 3,8% des dossiers en 1988 contre 0,7% en 1987 et 1,2% en 1986 sont responsables de cette importante remontée, suite à l'intégration en 1987-1988 des responsables des modules Kino-Québec.

On observe un plafonnement du nombre de dossiers "Accidents et traumatismes" avec 4,7% des dossiers en 1988 contre 5,3% en 1987 et 3,6% en 1986. Les traumatismes reliés aux véhicules moteurs ont suivi un cheminement semblable avec 2,4% des dossiers en 1986, 3,6% en 1987 et 3,3% en 1988.

Mentionnons en terminant que, traduisant un changement visible dans les ressources affectées à la périnatalité, la proportion des dossiers associés à cette thématique a décru progressivement entre 1986 et 1988 passant respectivement à 7,3% 6,6% et 4,7% des dossiers.

A l'inverse, l'intérêt grandissant pour la santé environnementale ne s'est pas encore manifesté dans les statistiques; cette thématique ayant régressé de 4,6% des dossiers en 1987 à 4,1% en 1988 (4,6% en 1986). En 1988, 3,3% des répondants travaillaient sur au moins un dossier de santé environnementale.

Au plan des activités cette fois, on note que les dossiers de promotion de la santé qui étaient passés de 8,8% de l'ensemble des dossiers en 1986 à 17,4% en 1987, sont redescendus à une proportion de 15,6% en 1988. Cette rubrique comportant certaines sous-activités indirectement reliées à la promotion, nous pouvons comparer les données pour deux activités particulières. Ainsi, les dossiers nettement associés à la "promotion de la santé" comptent pour 3,3% des dossiers en 1988 contre 4,6% en 1987 et 0,7% en 1986. L'activité "préparation d'outils d'éducation sanitaire" a vu son importance relative passée de 0,1% en 1986 à 0,2% en 1987 et 1,3% en 1988.

Du côté de la recherche, on y retrouvait 35,5% des dossiers en 1988 contre 31,7% en 1987 et 38,8% en 1986. Cette activité demeure donc d'une grande importance pour les DSC. La "recherche évaluative" regroupe globalement 3,3% 1,9% 5,2% des dossiers en 1988, contre 5,6% en 1987 et 6,9% en 1986, traduisant ainsi une légère perte d'importance.

Conclusion

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, porteur de la mission de protection de la santé publique, propose et doit soutenir un virage concret vers la promotion de la santé et la prévention des problèmes socio-sanitaires.

Les enjeux sont majeurs: il faut que les générations futures puissent disposer de cette ressource qu'est la santé et qu'elles n'aient pas à payer le prix des maladies que l'on aurait pu prévenir par un investissement précoce dans la santé collective québécoise.

Le temps est propice au ralliement de multiples forces sociales autour d'un objectif de promotion de la santé.

CA 1

Z 4

- C52 NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION



Health Promotion: A Dynamic for Change

An Address by Dr. Maureen Law

Deputy Minister, Department of National Health and Welfare

Federal

VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

Health Promotion: A Dynamic for Change

An Address by

Dr. Maureen Law

Deputy Minister, Department of
National Health and Welfare

**National Symposium on
Health Promotion and Disease Prevention**

Victoria Conference Centre
Victoria, British Columbia

March 13, 1989

CHECK AGAINST DELIVERY

Ladies and gentlemen, I accepted the invitation to address this gathering with more than the usual pleasure. It gave me an official excuse to do something I believe is very important at this juncture -- to take stock of health promotion in Canada.

This afternoon, I want to consider where we've come from in this field; then I want to look at our current initiatives and preoccupations -- the state of the art, so to speak; and, finally, I want to explain how this leads to the future -- how we plan to meet the challenges that face us in achieving health for all Canadians.

It is now about 15 years since the federal government made its first tentative moves in the direction of health promotion. A decade and a half of on-the-job learning, remarkable growth, continual adjustment and abundant returns for our efforts.

Today, Canada plays a confident role in the world forum as an enthusiastic supporter and proponent of health promotion. This we can do because the experience and knowledge we have gained indicates clearly that we are on the right track, and that our expectations concerning the role of health promotion in Canada's future health system are well grounded, realistic and supported by the evidence.

We have high hopes, and I want to tell you why.

Until the release of A New Perspective on the Health of Canadians in 1974, Canada's approach to health was based almost entirely on the medical model. Health was something that resulted from the prevention or treatment of illness. The 1974 document took a somewhat different view, however. It said that the organization of health care was but one of four factors contributing to people's health -- the other three were human biology, lifestyle and the environment.

The release of this publication added momentum to a new trend -- that of promoting healthy lifestyles -- and when the federal government established the Health Promotion Directorate in 1978, its organization reflected this.

The goal of health promotion was to alter those lifestyles which, it was believed, gave rise to health problems like heart disease, stroke, accidents and hypertension. As we then saw it, our task was to persuade people to reduce their risk-taking behaviour, and thus their chances of illness and premature death.

In crude terms, the message of the day was one of individual responsibility for health. If people did not smoke, if they drank moderately, ate nutritiously, kept themselves physically fit and used contraceptives, their health prospects would improve. For a while, this emphasis on individual lifestyle change -- important though it was -- tended to eclipse some of the other, very significant ideas put forward in A New Perspective.

In the early '80s this imbalance began to be redressed. Increasingly, people in the health field were questioning the validity of making individuals completely responsible for their own health. While personal choice was obviously an important factor, it was becoming clear that environmental conditions were at least as influential, if not more so.

Such things as economic and sexual inequality, pollutants and occupational hazards were all recognized as contributors to ill health. Although these were conditions that lay mainly outside the control of individuals and groups, their ability to undermine health was patent.

A new conceptualization of health started taking shape -- one that recognized much more explicitly the links between human health and the social and physical environments.

It represented a departure from the individualistic, victim-blaming tendency of earlier formulations, and a move towards an "ecological" view of health. One obvious implication was that no medical-care system -- however efficient -- would be capable on its own of achieving this kind of health.

When my department released Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion at the end of 1986, it marked the culmination of a long process of rethinking, involving a considerable cross-pollination of ideas between Canada and the WHO's Regional Office for Europe. The Canadian framework endorsed the notion of health proposed by the WHO as a positive resource, rather than as something resulting merely from the prevention or treatment of illness. By extension, the goal of health promotion was to enable people to increase control over and to improve their health.

Gaining more control -- the process of empowerment -- suggests the creation of new relationships and the redistribution of power. It also implies community development and social action. The framework reflects this conceptual shift, as well as illustrating the dynamic nature of health promotion. For example, it calls for increased public participation and the development of public policies marked by an explicit concern for health.

If our home, school, workplace and community environments -- both social and physical -- have a fundamental effect on our health prospects, it follows that the health department alone cannot be responsible for setting the necessary policies. Agriculture, waste management and energy policies are also critical. So, too are our child care, income-distribution and education policies.

Taking a broad view of health requires radical adjustments, at the institutional level and in our policy-making processes. It involves crossing traditional departmental boundaries. It calls for genuine dialogue between decision-makers and the various "publics" toward whom the policies are aimed. Above all, it requires coordination. In Canada, this means working cooperatively with other departments, with three levels of government, and with the non-governmental and private sectors. A tall order.

The good news is that we are doing it, and that it's working. In the last two or three years we have travelled a considerable distance together. Inch by inch, we are creating infrastructures that work in support of healthy public policy development instead of against it.

Take the National Drug Strategy, Action on Drug Abuse, as an example. As most of you here today know, the development of this strategy came out of a truly collaborative process which involved many federal government departments -- Fitness and Amateur Sport, the Solicitor General, the Ministry of Justice, the RCMP, the Ministry responsible for Youth, and the Departments of External Affairs, Customs and Excise, Indian Affairs and Northern Development, Transport, and National Defence.

All provincial and territorial governments were involved. Moreover, public input was invited in a series of cross-country consultations. We sought views on the problems and their solutions from everyone concerned, including community groups, parents and young Canadians from coast to coast.

There are other examples -- I think here of the National Program to Reduce Tobacco Use, the collaborative Heart Health Program and the Long-Term National Program to Reduce Impaired Driving. And now there are encouraging signs that the creation of a national coalition for school health is not far off.

In the course of this cumbersome, sometimes even painful, process of collaboration, there are a number of benefits.

Many are quite separate from the officially listed program objectives. They include improved communication among key sectors and interest groups, a more efficient exchange of current information, and the emergence of strong, vibrant networks.

We have another reason to be encouraged. A national firm of consultants has recently completed an independent evaluation of our Health Promotion Program. While I would be hesitant to describe the recent evaluation as "a rave review", I must admit to being more than a little pleased with its results. What the evaluation does is to provide concrete evidence that good progress has been made in Canada. We are beginning to get results.

The evaluation told us -- and I quote -- "the impacts of the Health Promotion Program have been significant with respect to

- . better national strategies and plans
- . increased research
- . better public awareness of health promotion issues
- . very encouraging intersectoral coordination."

We also learned, not surprisingly, that more had been accomplished in the area of promoting awareness than in achieving behavioural change. We need to work on this.

Some of the best news to come out of the evaluation was that our Health Promotion Contribution Program (HPCP) is effective and highly regarded. This program encourages voluntary action on health issues. For eight years, it has provided funds in support of community-based projects that enable Canadians to maintain or improve their health.

We at Health and Welfare have found this to be an excellent way of demonstrating its commitment to public participation: communities identify their own problems, suggest how to solve them, and take responsibility for doing so. The federal role is to facilitate this process.

In sum, key informants and expert groups across the country have confirmed what we have always felt, that the federal Health Promotion Program has made a difference. The evaluation findings have reassured us that we stand on solid ground. Moreover, they give us clear direction in recommending a strong national leadership role for the federal government, and in indicating what our priorities should be in the years to come.

Suddenly, the year 2000 seems very close -- we have a mere 10 years left. That we are on track is encouraging, but there are still many promises to keep, and miles to go before we sleep.

Our own experience and knowledge, combined with the opinions of experts, have helped us chart a path -- a path which builds on strengths and continues to use health promotion as a dynamic force for change.

This route will see us continuing our commitment to communities and public participation; extending our efforts to develop and coordinate partnerships with many sectors; increasingly attending to the need to develop a firm knowledge base for health promotion; and, finally, taking up the serious health issues of our time that require national attention.

Strengthening community health -- the second framework strategy -- is one of our highest priorities, because it is at the community level that health promotion can truly thrive and have its most enduring impacts. Here again, my department sees itself largely as a facilitator. I have already mentioned our HPCP program -- it continues strong and we will expand it.

My department is also providing \$1 million over the next three years to the Canadian Public Health Association for a new initiative aimed at strengthening community health.

Following the release of Achieving Health for All, the CPHA used its network of branches and associations in all regions of the country to organize ten provincial/ territorial workshops. The objective was to obtain a clearer picture of the issues, needs and gaps in community health, as locally perceived.

The report from that consultation, entitled Strengthening Community Health Means Strengthening Communities, proposes a wide-ranging agenda for action involving many different sectors, all levels of government, health-related and other organizations and, of course, communities themselves.

To help implement the recommendations of this report, we have provided financial support to CPHA to set up a Community Health Secretariat within its Ottawa office. The new Secretariat will provide national leadership in strengthening the health of Canadian communities through a variety of initiatives.

Already, multisectoral groups are meeting in every province and territory with a view to working out their own individual action plans for strengthening community health.

Health and Welfare has also thrown its support behind another imaginative enterprise -- the Canadian Healthy Communities Project -- whose counterpart, the Healthy Cities Project, thrives in many European countries.

The Canadian project is aimed at creating healthier environments for the 80% of our citizens who live in urban settings. Municipal policies and programs are the target. The healthy community concept encourages municipalities to weigh the health implications of their actions at every stage of policy planning and formation. It calls for them to work cooperatively with the private and voluntary sectors to create communities where the healthy choices are the easy ones.

Central to this concept is the improvement of the physical and social environments. So, too, is the ready availability of community resources that enable residents to be mutually supportive, and to develop to their full potential.

The Canadian Healthy Communities Project is co-sponsored by the Canadian Institute of Planners (CIP), the Federation of Canadian Municipalities (FCM), and the Canadian Public Health Association (CPHA). My department has contributed by funding the establishment of a national Healthy Communities Office located in CIP's Ottawa headquarters.

More and more communities are showing an interest in taking part, and the role of this new office is to help them to develop and evaluate appropriate multisectoral policies, and working models of community-level health promotion. It also distributes resources to participating communities, publishes a monthly newsletter entitled Challenge, and documents and analyzes various local-level activities.

We also plan to increase our efforts in the area of intersectoral cooperation. I have already spoken of national initiatives in the tobacco and other areas. The models and processes developed will be progressively refined and used wherever they apply. We are particularly proud of our new collaborative partnership with the Department of the Environment. Minister Beatty has recently been appointed as deputy chairperson of a new Cabinet Committee on the Environment. This places health squarely on the agenda when environmental policy and decisions are made.

A great deal of work lies before us in another area -- that of knowledge development. We urgently need to flesh out the concepts contained in the Health Promotion Framework. This means embarking on a systematic program of research into the challenges, the mechanisms and the strategies, and the interrelationships among them.

The process of establishing research priorities is quite well advanced. Last year, the department commissioned a series of literature reviews and papers on the elements of the Health Promotion Framework, following this up with community-level consultations across the country. Workshops have now been held in every region of Canada, involving academics, health personnel, community activists, and the representatives of a range of disciplines and interests from outside the health field.

Later this year, Health and Welfare will release a national report containing the results of this participatory process, and the National Health Research Development Program -- NHRDP -- will solicit and fund appropriate health promotion research proposals. These we expect to come from researchers working in many disciplines.

We intend to place more emphasis on certain health issues, including mental health and nutrition. Many of you will be aware of the federal discussion paper, Mental Health for Canadians: Striking a Balance, which we released in the fall of 1988. We are currently engaged in a series of follow-up consultations across Canada to sound out public reaction and to help set policy and program directions in the area of mental health.

Nutrition may seem like an old issue. However, new challenges continue to emerge in this area as Canadians respond to the complex and diverse factors which affect their choice of foods and their lifestyles. A priority for Health and Welfare is to set out revised Nutrition Recommendations for Canadians. These will serve as dietary guidelines and, with recommended strategies, will establish a framework for nutrition programs and policies. The two multidisciplinary, interagency committees actively involved in the process will report to the Minister this summer.

At the same time, we are dealing with widespread concern in Canada on the subject of weight problems. The challenges range from obesity and overweight to anorexia nervosa and bulimia. My department recently released a discussion paper entitled Promoting Healthy Weights, along with a technical document Canadian Guidelines for Healthy Weights. The two documents have given rise to considerable discussion and interest. We are now working with Fitness Canada to introduce an integrated approach to body-weight, which will emphasize healthy eating, enjoyable physical activity and a positive body image.

Ladies and gentlemen, I hope I have been able to demonstrate the depth of the federal commitment to the concepts and practice of health promotion, and why we have such high hopes that health promotion will take its proper place, alongside health care, as a cornerstone of Canada's system for health.

We face situations today for which there are few historical parallels. The world epidemic of AIDS is one particularly frightening example. It presents a myriad of challenges -- to communities, to health professionals and to governments. It calls for the establishment of new structures, new ways of thinking. We have to increase our preventive efforts, as well as supporting mutual aid activity. Our community health services must also be strengthened if we are to respond adequately to this crisis.

Like so many people who work in health promotion, I have developed a passionate commitment to making the vision a reality. I am, you might say, a true believer. But this is more than blind faith. I am also a scientist, and I am most comfortable when the evidence is before me. Happily, it is accumulating quickly, so I have no hesitation in preaching the message.

We began with a vision. Now we have added experience and knowledge. Energy and will we have always had. What remains is an obligation -- the obligation to make it work.

DOCUMENT: 860-236/004

TRADUCTION DU SECRÉTARIAT

CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES



La promotion de la santé: Un instrument de changement

Allocution de Mme Maureen Law
Sous-ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social

Fédéral

VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

La promotion de la santé : Un instrument de changement

Allocution de

M^{me} Maureen Law

Sous-ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social

**Colloque national sur la promotion de la
santé et la prévention des maladies**

Centre de conférences de Victoria
Victoria (Colombie-Britannique)

Le 13 mars 1989

VERSION NON DÉFINITIVE

Mesdames et messieurs, j'ai accepté l'invitation à prendre la parole devant cette assemblée avec un plaisir inhabituel.

J'avais ainsi un motif officiel d'accomplir une chose que je juge extrêmement importante à ce stade-ci, soit faire le point sur la promotion de la santé au Canada.

Cet après-midi, je souhaite traiter de l'origine de cette question, puis de nos interventions et préoccupations en ce moment ou de la situation actuelle si l'on peut dire, et finalement des perspectives d'avenir qu'on peut entrevoir ou de la façon dont nous entendons relever les défis consistant à améliorer l'état de santé de l'ensemble des Canadiens.

Il y a environ 15 ans, le gouvernement fédéral faisait ses premiers pas hésitants sur la voie de la promotion de la santé. Pendant une décennie et demie nous avons appris sur le tas, connu une croissance remarquable, effectué constamment des rajustements et vu nos efforts nous rapporter une foule d'avantages.

Aujourd'hui, le Canada joue avec assurance, au niveau mondial, un rôle de défenseur et de partisan enthousiastes de la mise en valeur de la santé. Il en est ainsi parce que notre expérience et les connaissances acquises nous prouvent que nous sommes sur la bonne voie et qu'il est entièrement justifié, réaliste et

fondé de compter que la promotion de la santé aura, sur le régime de soins de santé futur du Canada, les incidences que nous avons prévues.

Tous les espoirs sont permis et voici pourquoi.

Jusqu'à ce que soit rendu public, en 1974, le document intitulé : Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, la démarche canadienne en matière de santé était axée essentiellement sur le modèle médical. La prévention ou le traitement des maladies procuraient la santé. Le document en question adoptait toutefois un point de vue différent. Il affirmait que l'organisation des soins de santé ne constituait qu'un seul des quatre facteurs qui contribuent à la santé des gens. Les autres facteurs étant le système biologique humain, le mode de vie et l'environnement.

Cette publication a accéléré la manifestation d'une nouvelle tendance consistant à mettre en valeur des modes de vie propres à favoriser la santé. La Direction générale de la promotion de la santé, créée en 1978, traduisait ce phénomène.

Le but de la promotion de la santé était de changer les modes de vie qui, croyait-on, entraînaient des problèmes de santé comme les maladies du coeur, l'apoplexie, les accidents cardiaques et l'hypertension. À l'époque, nous estimions que nous avions comme

tâche de persuader les gens d'adopter des comportements moins dangereux et de réduire ainsi le risque de maladies et de décès prématurés.

En termes simples, le message était qu'il incombait à chaque individu de veiller à sa santé. Si les gens évitaient de fumer, buvaient avec modération, mangeaient bien, se tenaient en bonne condition physique et utilisaient des contraceptifs, leur santé s'améliorerait. Pendant un certain temps, cet accent sur une modification du mode de vie individuel, aspect qui était quand même très important, a en quelque sorte relégué au second plan d'autres idées extrêmement intéressantes formulées dans le document en question.

Au début des années 80, le déséquilibre commençait à se corriger. Les gens du secteur de la santé se demandaient s'il était raisonnable de rendre les individus entièrement responsables de leur état de santé. Les choix personnels demeuraient évidemment un facteur important, mais on constatait clairement que l'environnement avait autant, sinon plus d'effets.

Les injustices à caractère économique et sexuel, la pollution, les risques professionnels étaient tous reconnus comme des éléments qui contribuent à la détérioration de la santé. Or, les individus et groupes n'avaient pratiquement aucun contrôle sur

ces facteurs même si le danger que représentaient ces derniers pour la santé était évident.

Une nouvelle vision de la santé a commencé à poindre, une vision qui tenait compte de façon plus explicite des liens entre la santé et l'environnement social et physique. On s'éloignait de la tendance à faire porter le blâme par l'individu, victime de surcroît, pour embrasser un point de vue plus "écologique" de la santé. À l'évidence, aucun réseau de soins, aussi efficace soit-il, ne pourrait suffire à assurer le plein épanouissement de ce concept de santé.

Le document intitulé La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé, publié à fin de 1986 par mon Ministère était l'aboutissement d'un long processus de réflexion qui avait donné lieu à un échange considérable d'idées mutuellement profitables entre le Canada et le bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Comme le proposait l'OMS, le plan d'ensemble canadien considérait la santé comme une ressource positive, plutôt que comme un état résultant simplement de la prévention et du traitement de la maladie. Par ricochet, l'objectif en matière de promotion de la santé visait à donner aux gens un moyen de mieux de contrôler leur santé et de l'améliorer.

La tâche consistant à se doter de moyens d'exercer un meilleur contrôle exige que soient établis de nouveaux rapports et effectué un nouveau partage des pouvoirs. Elle entraîne également un recours à l'intervention communautaire et à l'action sociale. Le plan d'ensemble traduit cette évolution de la pensée et il illustre le caractère dynamique de la promotion de la santé. Par exemple, il fait appel à une participation publique élargie et à l'élaboration de politiques publiques dénotant un intérêt spécifique pour la santé.

S'il est vrai que la maison, l'école, le travail et le milieu, tant social que physique, ont des incidences fondamentales sur notre santé, il va de soi que la responsabilité d'établir les politiques nécessaires ne peut incomber uniquement au ministère de la Santé. L'agriculture, la gestion des déchets et les politiques énergétiques jouent également un rôle capital. Il en va de même de nos politiques relatives aux garderies, à la distribution du revenu et à l'éducation.

Pour être en mesure de situer la santé dans une perspective globale, des rajustement radicaux s'imposent au niveau des institutions et de nos mécanismes de prise de décision. À cette fin, il faut ignorer le cloisonnement traditionnel des ministères et faire en sorte que s'établisse un véritable dialogue entre les décideurs et les différents groupes publics cibles auxquels les

politiques sont destinées. L'ingrédient indispensable est d'abord et avant tout la coordination. Au Canada, cela signifie une coopération avec d'autres ministères, entre les trois ordres de gouvernement et avec les secteurs non gouvernemental et privé. C'est beaucoup demander.

Nous le faisons néanmoins et ça marche. Au cours des deux ou trois dernières années, nous avons parcouru un bon bout de chemin ensemble. Petit à petit, nous mettons en place les infrastructures qui ont un effet favorable, plutôt que néfaste, sur l'élaboration de politiques publiques bénéfiques pour la santé.

Prenons l'exemple de la Stratégie nationale antidrogue baptisée Action contre les drogues. Comme la plupart d'entre vous le savent, l'élaboration de cette stratégie est le fruit d'une véritable collaboration entre de nombreux ministères et services fédéraux, soit Condition physique et Sport amateur, le Solliciteur général, le ministère de la Justice, la GRC, le ministère responsable de la jeunesse, le ministère des Affaires extérieures, Douanes et accise, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, le ministère des Transports et le ministère de la Défense nationale.

Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont participé. Le public fut également invité à s'exprimer au cours d'une série de consultations dans l'ensemble du pays. Nous avons voulu savoir comment tous les intéressés, y compris les groupes communautaires, les parents et les jeunes Canadiens d'un océan à l'autre, percevaient les problèmes et quelles solutions ils proposaient.

Je pourrais citer d'autres exemples, notamment le Programme national de lutte contre le tabagisme, le Programme coopératif pour la santé cardio-vasculaire et le Programme national à long terme pour combattre la conduite avec facultés affaiblies. Par ailleurs, quelques signes nous permettent de croire qu'une coalition nationale pour la santé en milieu scolaire verra bientôt le jour.

Ce processus de collaboration encombrant et parfois même pénible comporte néanmoins certains avantages. Bon nombre de ces avantages n'ont aucun rapport avec la liste d'objectifs officiels du programme. Il prennent la forme d'une meilleure communication entre des secteurs et des groupes d'intérêt clés, d'un échange plus efficace de renseignements à jour et de la création de réseaux complets et rapides.

Nous avons d'autres motifs d'encouragement. Une firme de consultants canadienne vient tout juste de terminer une évaluation indépendante de notre Programme de promotion de la santé. Je n'irais pas jusqu'à dire que cette étude nous couvre d'éloges, mais j'ai toutes les raisons d'être plus qu'heureuse de ses résultats. L'évaluation montre concrètement que des progrès sensibles ont été réalisés au Canada. Les efforts commencent à porter fruits.

On écrit dans le rapport d'évaluation, et je cite : "l'influence du Programme de promotion de la santé est significative par rapport à :

- l'amélioration des stratégies et de la planification;
- l'accroissement de la recherche;
- la sensibilisation du public aux questions de promotion de la santé;
- et l'amélioration de la coordination intersectorielle."

Nous avons également appris, et cela ne nous a pas surpris, que la situation s'était plus améliorée au chapitre de la sensibilisation qu'à celui de la modification du comportement. Il faudra donc s'occuper de ce dernier aspect.

Une des meilleures nouvelles issues de l'évaluation était que notre Programme de promotion de la santé (PPS) est efficace et qu'il est jugé fort valable. Le programme en question favorise les interventions volontaires en matière de santé. Depuis huit ans, il procure aux projets communautaires des ressources financières qui permettent aux Canadiens de demeurer en santé ou d'améliorer leur santé.

Au ministère de la Santé et du Bien-être social, nous croyons que cet instrument a été excellent pour montrer l'importance que nous accordons à la participation du public. Dans le cadre de ce programme, les collectivités cernent leurs problèmes, proposent des moyens de les régler et assument des responsabilités à cet égard. Le gouvernement fédéral a comme rôle de faciliter la démarche.

En résumé, certains des principaux sujets interrogés et des groupes d'experts d'un peu partout au pays ont confirmé l'impression que nous avons toujours eue, soit que le Programme fédéral de promotion de la santé a servi de catalyseur. Les conclusions de l'évaluation nous ont rassurés quant à la valeur des fondements. En outre, elles nous donnent une orientation sans équivoque en recommandant que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle de premier plan à l'échelle nationale et en nous suggérant des priorités pour les prochaines années.

Tout à coup, l'an 2000 ne semble plus tellement éloigné, il ne reste que dix ans. Il est encourageant de constater que nous sommes sur la bonne voie, mais il nous reste de nombreuses promesses à tenir et un bon bout de chemin à parcourir avant de mériter un repos.

Notre expérience et nos connaissances combinées à l'avis d'experts, nous ont permis de tracer la voie. Cette dernière exploite nos points forts et fait toujours appel à la promotion de la santé comme force dynamique de changement.

En cours de route, nous maintiendrons notre engagement à l'égard de la participation des collectivités et du public, nous accentueront nos efforts pour élargir et coordonner l'association avec de nombreux secteurs, nous chercherons davantage à répondre au besoin de créer une réserve de connaissances valables en matière de promotion de la santé et, finalement, nous nous intéresserons aux graves problèmes qui existent dans le secteur de la santé à notre époque et qui exigent une attention nationale.

L'amélioration des services de santé communautaire est le deuxième plan d'ensemble. Il s'agit d'une de nos principales priorités parce que c'est au sein de la collectivité que la promotion de la santé peut vraiment s'épanouir et avoir les

effets les plus durables. Sur ce plan également, mon Ministère estime que son rôle consiste surtout à faciliter les choses. J'ai déjà parlé de notre Programme de promotion de la santé qui demeure capital et dont nous élargirons la portée.

Par ailleurs, au cours des trois prochaines années, mon Ministère versera un million de dollars à l'Association canadienne de la santé publique afin que celle-ci mène un nouveau projet visant à améliorer la santé communautaire. Après que le document intitulé La santé pour tous eut été rendu public, cette association a organisé dix ateliers provinciaux et territoriaux par le truchement de son réseau de succursales et d'associations affiliées. L'objectif consistait à mieux cerner l'idée qu'on se fait, au niveau local des questions, des besoins et des lacunes dans le secteur de la santé communautaire.

Le rapport issu de cette consultation, La santé communautaire passe par le renforcement de la communauté, propose un vaste plan d'action faisant appel à de nombreux secteurs différents, à tous les ordres de gouvernement, à des organisations dans le domaine de la santé et d'autres domaines et, évidemment, aux collectivités proprement dites.

Nous avons versé une aide financière à l'ACSP afin que celle-ci puisse établir un secrétariat de la santé communautaire à son bureau d'Ottawa et favoriser ainsi la mise en oeuvre des recommandations du rapport. Par le truchement de différents projets, le nouveau secrétariat jouera un rôle national de premier plan afin d'améliorer la santé au sein des collectivités canadiennes.

Déjà, des groupes multisectoriels se réunissent dans chaque province et territoire pour mettre au point leurs plans d'actions particuliers en vue d'améliorer la santé au sein de la collectivité.

Santé et Bien-être social a également fait profiter une autre démarche intéressante de son aide, il s'agit du Projet canadien des communautés en santé dont un pendant, le projet Vers des villes saines, connaît un grand succès dans de nombreux pays européens.

Le projet canadien a pour objet de créer des conditions plus propices à la santé des citoyens qui vivent en milieu urbain, soit 80 p. 100 de la population. On vise surtout les politiques et programmes municipaux. Le principe des collectivités en santé incite les municipalités à évaluer les conséquences de leurs interventions sur le plan de la santé à tous les stades de la

planification et de l'élaboration des politiques. Il les incite à collaborer avec le secteur privé et des organisations bénévoles pour faire en sorte qu'à l'intérieur des collectivités, les meilleurs choix pour la santé soient faciles à faire.

L'amélioration des conditions physiques et sociales se trouve au coeur même de ce principe. La facilité d'accès à des ressources communautaires permettant aux citoyens de s'entraider et d'exploiter toutes leurs possibilités est tout aussi importante.

Le Projet canadien des communautés en santé est parrainé conjointement par l'Institut canadien des urbanistes (ICU), la Fédération canadienne des municipalités (FCM) et l'Association canadienne de la santé publique (ACSP). La contribution de mon Ministère a pris la forme d'une subvention aux fins de la création d'un bureau national des communautés en santé au siège social de l'ICU à Ottawa.

De plus en plus de collectivités se montrent intéressées à participer et le rôle de ce nouveau bureau consiste à les aider à établir et à évaluer des politiques multisectorielles convenables et des modèles efficaces de promotion de la santé dans les collectivités. Il distribue également de la documentation aux collectivités participantes, publie un bulletin de nouvelles intitulé Transforme-action et répertorie et analyse diverses activités locales.

Nous avons également l'intention d'accroître nos efforts dans le secteur de la coopération intersectorielle. J'ai déjà parlé d'interventions nationales touchant le tabagisme et d'autres domaines. Les modèles et les démarches seront progressivement perfectionnés et employés dans les cas pertinents. Nous sommes particulièrement fiers de notre nouvelle association avec le ministère de l'Environnement. Le ministre Beatty a récemment été nommé vice-président du nouveau Comité du Cabinet sur l'environnement. Ainsi, il est automatiquement question de santé lorsqu'on adopte des politiques ou qu'on prend des décisions qui touchent l'environnement.

Une tâche considérable nous attend dans un autre secteur, celui de l'élargissement des connaissances. Il est urgent d'étoffer les principes que renferme le plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Pour cela, il nous faudra entreprendre un programme systématique de recherche portant sur les défis, les mécanismes, les stratégies et les rapports entre tous ces éléments.

Le travail d'établissement des priorités de recherche va bon train. L'an dernier, le Ministère a commandé une série d'études et de documents portant sur les éléments du plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ensuite, il a effectué des consultations auprès des collectivités à l'échelle du pays.

Des ateliers auxquels ont participé des universitaires, du personnel de la santé, des militants de groupes communautaires et des représentants d'un éventail de disciplines et d'intérêts extérieurs à la santé ont eu lieu dans toutes les régions du Canada.

Plus tard au cours de l'année, Santé et Bien-être social diffusera un rapport national qui présentera les résultats du processus de participation. De plus, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) lancera un appel de projets de recherche convenables en matière de promotion de la santé et il versera des subventions à ces projets. Nous nous attendons à ce que des chercheurs oeuvrant dans de nombreuses disciplines soumettent des propositions.

Notre intention est de mettre davantage l'accent sur certains aspects de la santé, par exemple la santé mentale et la nutrition. Bon nombre d'entre vous connaissent le document de travail fédéral intitulé La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre, que nous avons rendu public à l'automne 1988. À l'heure actuelle, nous lui donnons un suivi sous forme de consultations dans l'ensemble du pays afin de connaître les réactions du public et de contribuer à définir l'orientation des politiques et programmes relatifs à la santé mentale.

La question de la nutrition peut sembler dépassée. Toutefois, de nouveaux défis surgissent constamment dans ce domaine étant donné que les Canadiens choisissent leurs aliments et leurs modes de vie en faisant entrer en ligne de compte des facteurs complexes et variés. Une des priorités de Santé et Bien-être social consiste à formuler des recommandations révisées concernant la nutrition pour les Canadiens. Ces recommandations serviront de lignes directrices pour les régimes alimentaires et, assorties des stratégies recommandées, elles formeront un cadre pour les programmes et politiques de nutrition. Les deux comités interorganismes multidisciplinaires qui participent directement à la démarche feront rapport au Ministre au cours de l'été.

Parallèlement, nous nous occupons d'une inquiétude généralisée dans l'ensemble du pays au sujet des problèmes de poids. Les problèmes ont trait tant à l'obésité et à l'embonpoint qu'à l'anorexie mentale et à la boulimie. Mon Ministère a récemment rendu public un document de travail intitulé Le poids et la santé ainsi qu'un document technique intitulé Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes. Les deux documents ont suscité des discussions et un intérêt considérables. Nous travaillons actuellement avec Condition physique Canada à l'élaboration d'une formule intégrale de contrôle du poids qui mettra l'accent sur de bonnes habitudes alimentaires, des activités physiques agréables et les qualités esthétiques du corps.

Mesdames et messieurs, j'espère avoir réussi à démontrer à quel point le gouvernement fédéral s'intéresse, autant en théorie qu'en pratique, à la promotion de la santé et pourquoi nous entretenons de si grands espoirs de voir la promotion de la santé devenir, au même titre que les soins de santé, une pierre angulaire du régime de santé du Canada.

Nous faisons face aujourd'hui à des situations sans précédents dans l'histoire. L'épidémie mondiale du SIDA en est un exemple particulièrement effrayant. Elle pose une multitude de défis aux collectivités, aux professionnels de la santé et aux gouvernements. De nouvelles structures, une nouvelle façon de penser sont nécessaires. Nous devons accroître nos efforts de prévention ainsi que notre soutien aux activités d'entraide. Nos services de santé communautaires doivent être renforcés si nous voulons affronter cette crise efficacement.

Comme tant d'autres qui s'occupent de promotion de la santé, je me voue à faire de ce rêve une réalité. Je suis, ce qu'on pourrait appeler une vraie fidèle, mais ma foi n'est pas aveugle. Je suis une scientifique et je préfère m'appuyer sur des preuves. Heureusement, celles-ci se sont de plus en plus nombreuses et je n'ai aucune hésitation à prêcher la bonne nouvelle.

Au début nous avions un rêve. Nous lui avons ajouté l'expérience et le savoir. L'énergie et la volonté ne nous ont jamais fait défaut. Il ne nous reste qu'à faire preuve d'un sens du devoir, le devoir de veiller à ce que ce rêve se concrétise.

CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION

A Progress Report on Follow-up Actions
to the Report
"Future Directions in Health Care Services"

British Columbia



VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

29th ANNUAL PREMIERS' CONFERENCE

A PROGRESS REPORT ON FOLLOW-UP ACTIONS

TO THE REPORT

"FUTURE DIRECTIONS IN HEALTH CARE SERVICES"



Tabled by Saskatchewan
on Behalf of
the Provincial and Territorial Ministers of Health

29th Annual Premiers' Conference

29^e Conférence annuelle des
premiers ministres

Saskatoon, Saskatchewan 1988

August 18-19, 1988
SASKATOON, Saskatchewan

I. INTRODUCTION

The provincial and territorial Health Ministers are pleased to submit a progress report on the follow-up activities initiated in response to the report "Future Directions for Health Care Services."

II. BACKGROUND

- . The 1987 Annual Premiers' Conference requested the provincial and territorial Ministers of Health to report to the 1987 First Ministers' Conference on effective new directions in health care services.
- . The provincial and territorial Ministers of Health subsequently submitted a report titled "Future Directions for Health Care Services" which was tabled by the Honourable Grant Devine at the 1987 First Ministers' Conference (see Appendix B).
- . That report identified a number of factors which are contributing to increased service and cost pressures on the health care system. Major factors are:
 - . the "aging" of Canada's population;
 - . changing health care needs;
 - . the development of new health care technologies;
 - . high public expectations about accessibility to health care services;
 - . insufficient coordination of the supply, training and distribution of health care professionals;
 - . organizational and reimbursement structures which establish inappropriate incentives; and
 - . federal-provincial funding mechanisms which may inhibit service innovation.
- . The report also described a number of strategic directions for change in the health care system. These include:
 - . the development of long-term, sustainable health care goals;

- . greater emphasis on individual, community and service provider participation in health promotion and illness prevention activities;
 - . innovative approaches in the organization, administration and funding of health care services;
 - . improved intergovernmental planning and consultation concerning the acquisition, placement and use of new health care technologies;
 - . improved coordination of educational and health care planning concerning the supply, training, distribution and regulation of health care professionals;
 - . expanded health service evaluation, research and development;
 - . joint federal, provincial and territorial government review of funding mechanisms to ensure stability, adequacy, flexibility and regional equity in health care funding; and
 - . improved policy coordination to develop "healthy public policy" for Canada.
- . Recommended areas for priority action were identified as:
- . an increased focus on health promotion and illness prevention;
 - . mechanisms to improve the use of technology;
 - . the exchange of ideas and information about structural innovations, program evaluation and health care research;
 - . improved coordination of human resources planning;
 - . improved coordination of "healthy" public policy;
 - . the development of health objectives;
 - . the interpretation of the Canada Health Act in a manner which allows governments to respond innovatively to health care service challenges; and
 - . a federal, provincial and territorial examination of the issues affecting stability, flexibility, adequacy, and regional equity in the funding of health care services.

- . In response to the recommendations developed in the report, the provincial and territorial Health Ministers have initiated follow-up activities on three broad fronts:
 - . joint planning initiatives;
 - . health care funding; and
 - . building consensus through national symposia.

III. JOINT PLANNING INITIATIVES

- . While individual provincial and territorial governments are primarily responsible for initiating health care changes within their areas of jurisdiction, cooperation, information sharing and joint planning is being encouraged, where appropriate, among provincial, territorial and federal health ministries.
- . An interprovincial steering committee chaired by Saskatchewan and composed of Deputy Ministers of Health from the Atlantic Provinces, Quebec, Ontario, and Western Canada has been established to coordinate interprovincial/territorial planning initiatives and, when appropriate, to jointly review issues of concern with federal government officials.
- . A meeting was held in May, 1988 between the Interprovincial Steering Committee and senior representatives of Health and Welfare Canada. During that meeting it was agreed that:
 - . the Canada Health Act should be administered flexibly and cooperatively, and a meeting of federal and provincial/territorial officials will be held annually to sensitize each other to issues of concern; and
 - . a "think tank" retreat will be jointly sponsored by the federal and provincial/territorial health ministries to consider issues of over-utilization of health services and to develop strategies to increase personal responsibility for health care.

- . A number of activities are also being planned by the Interprovincial Steering Committee to facilitate the sharing of information among provincial, territorial and federal governments about initiatives being undertaken in their respective areas of jurisdiction. Such activities include:
 - . the regular use of conferences of Ministers and Deputy Ministers of Health to share information about structural innovations, health service reviews and changes of health care objectives; and
 - . a review of the mandate of existing federal/provincial/territorial health care advisory committees to support "Future Directions" follow-up activities particularly in the areas of health human resource planning and the identification of "healthy" public policy options.

IV. HEALTH CARE FUNDING

- . Although health is an area of provincial jurisdiction, there has long been a partnership between the federal and provincial governments in the funding and provision of insured hospital and medical services.
- . It is recognized that the development of effective new directions in health services is inextricably linked with health care funding issues.
- . In order to permit long-term planning for innovation in the health care system, and provide the opportunity to respond effectively to changing health requirements, a review of approaches to federal/provincial/territorial financing of health care is required which will focus on stability, flexibility, adequacy and regional equity issues.
- . Following discussions between the Interprovincial Steering Committee and senior representatives of Health and Welfare Canada, it was agreed that a small federal/provincial/territorial work group will be established to examine possible proposals and parameters of a federal innovation fund for health services.

- . It is also recommended by the provincial and territorial Health Ministers that:
 - . the Premiers direct their respective Health and Finance Ministers to hold a joint meeting at an early date to examine issues of stability, flexibility, adequacy and regional equity in the funding of health-care services; and
 - . the provincial and territorial Health and Finance Ministers subsequently meet with the federal Health and Finance Ministers to review such national health-care funding issues.

Decisions Requested

- . Approval in principle is requested to explore possibilities with Health and Welfare Canada concerning a federal innovation fund for health services.
- . Approval is requested for a meeting to be held between provincial, territorial and federal Health Ministers and Finance Ministers at an early date to examine issues of stability, flexibility, adequacy and regional equity in the funding of health-care services.

V. BUILDING CONSENSUS - NATIONAL SYMPOSIA

- . The Canadian health care system is an industry of major social and economic importance, directly employing over 450,000 people and accounting for over \$26 billion in annual expenditures by federal, provincial and territorial governments.
- . Because of the size and complexity of the health care industry, changes should be introduced in a way that builds consensus and allows time for the public, service providers and funding agencies to recognize and adapt to planned changes.
- . A critical first step in this process is to examine national health planning issues in public forums with the participation of highly credible academic researchers, service providers and health care planners.
- . Such public forums are essential to informing the public about the need for change in the health care system and to develop consensus about the nature of changes to be made.

- . The provincial and territorial Health Ministers have identified three planning issues as being both pressing and most in need of national discussion and consensus building. These three issues are:
 - . health promotion and disease prevention;
 - . assessing health technologies; and
 - . health service quality assurance and outcome review.
- . The provincial and territorial Health Ministers propose that three national health care symposia be held during the next 15 months to address these priority issues (see Appendix A).
- . The symposia, to be held in British Columbia, Quebec and Ontario respectively, would be organized so as to increase public awareness about these health issues and about possible solutions available to the public, health care administrators and funding agencies.
- . The public profile of these symposia can be enhanced if their sponsorship and support are identified as coming from all the provinces and territories. An outstanding issue is whether the provinces/territories also wish to seek joint sponsorship from the federal government.
- . The funding required for the symposia will be fairly small relative to the importance of the issues being addressed. It is assumed that the sharing of symposia costs will follow after a decision is made about joint sponsorship although each of the hosting provinces has indicated a willingness to fund the symposia on their own if necessary.

Decisions Requested

- . Approval in principle is requested for the symposia proposal.
- . Guidance is requested as to whether joint sponsorship of the symposia with the federal government should be sought.

VI. SUMMARY OF DECISIONS REQUESTED

Approval in principle is requested:

- . to continue exploring possibilities with Health and Welfare Canada concerning a federal innovation fund for health services;
- . for a meeting between provincial, territorial and federal Finance Ministers and Health Ministers to review issues of stability, flexibility, adequacy and regional equity in the funding of health care services;
- . to continue planning to hold three national symposia to build consensus about pressing health care issues; and
- . guidance is requested as to whether joint sponsorship of the symposia with the federal government should be sought.

APPENDIX A

PROPOSED NATIONAL SYMPOSIA

APPENDIX A

PROPOSED NATIONAL SYMPOSIA

1. Symposium on Health Promotion and Disease Prevention

A symposium in British Columbia will address both health promotion and disease prevention. It is felt that a focused effort looking at health promotion is necessary to have a significant impact on today's chronic disease pattern and rising health care costs. The costs of our health care system are driven by a wide range of factors, as indicated in the report "Future Directions in Health Care Services." Health promotion may reasonably be expected to have a positive impact on some of these factors. What is required at this time is a comprehensive examination of the future of health promotion activities in this country, into the next century:

- * What areas offer the best opportunities for health promotion?
- * What reasonable expectations exist for direct and indirect benefits from health promotion?
- * Who should be involved in the delivery of health promotion activities?
- * What are the costs and benefits of various health promotion activities?
- * What sources of funding for health promotion are available?

Such an examination--commencing with the Symposium that has been proposed--may provide the basis for a structured scheme of health promotion. The Symposium could serve as the catalyst for nation-wide planning on coordinated initiatives in health promotion.

2. Symposium on Assessing Health Technologies

Today, health technologies represent a major component of the care system because of the rapid technical advances in the health field. This phenomenon, which continues to gain momentum, has produced new ways to approach prevention, diagnosis, treatment and the rehabilitation of sick and handicapped persons. However, this evolution which is constantly tapping available care resources has not been monitored by rigorous assessments. In fact, the dominant problem in this sector now appears to arise from a growing uncertainty as to the sanitary, economic and social impact of health technologies, compounded by their inadequate assessment. A rigorous assessment of health technologies must be the cornerstone of any policy regarding their diffusion; the same also appears to be an essential premise for ensuring that technological advances in the health field are in harmony with the interests of the collectivity.

A symposium in Quebec will consider three key issues, to wit:

1. the approach utilized by other Canadian provinces and other countries for assessing health technologies;
2. the approach favoured by Quebec: the Conseil d'évaluation des technologies de la santé (Council for assessing health technologies); and
3. elaborating recommendations for assessing health technologies.

3. SYMPOSIUM ON QUALITY ASSURANCE AND OUTCOME REVIEW

It is becoming as important for government to assure the quality and appropriateness of the services for which it provides funds as it is to provide those funds. In fact, there is a significant role for government as the major funder to protect the public from receiving services, procedures, drugs and other interventions which may in given circumstances be inappropriate or even harmful. Since it is becoming apparent that in many jurisdictions that this is too often the case, it is desirable to have informed discussion in a public forum in order that the public and providers come to understand and support the objectives and methods involved in programs of quality assurance. Such a symposium on quality assurance and outcome review will be held in Ontario.

A P P E N D I X B

FUTURE DIRECTIONS FOR HEALTH CARE SERVICES

- . A REPORT PRESENTED TO THE FIRST MINISTERS' CONFERENCE ON THE ECONOMY IN TORONTO ON NOVEMBER 26-27, 1987.

TABLE OF CONTENTS

	<u>PAGE</u>
I. Introduction	1
II. The Past: The Development of the Canadian Health Care System	1
III. The Present: Major Pressures on the Health Care System	2
IV. The Future: Responding to the Challenge	7
V. Follow-up Action: Priority Areas	10

I. INTRODUCTION

- . At the 28th Annual Premiers' Conference in August, 1987, the Premiers requested the provincial/territorial Health Ministers to report through them to the November First Ministers' Conference on the most effective future directions in health care services. At their annual conference in early September, Health Ministers agreed to prepare a report for First Ministers and approved Terms of Reference which identified:
 - the factors and pressures shaping the health care system;
 - the effect of these factors on the present and future cost of health care;
 - new directions and strategies for the management of the health care system; and
 - possible mechanisms for follow-up action by respective governments.
- . During the course of discussions it soon became apparent that because of the size and complexity of the health care industry, the development of effective new directions was inextricably linked with health care funding issues. It was recognized that developing new directions and strategies would involve innovation and change in the existing health care system which may require the provision of new resources on a transitional basis and the eventual reallocation of some existing resources. For these reasons, health care financing issues have been identified and should be pursued with the Ministers of Finance as recommended in this paper.

II. THE PAST: THE DEVELOPMENT OF THE CANADIAN HEALTH CARE SYSTEM

- . Government participation in the funding and provision of necessary health care services has been a cornerstone of Canadian social policy over the past 30 years.
- . Although health is an area of provincial jurisdiction, there has long been a partnership between the federal and provincial governments in the funding and provision of insured hospital and medical services. The enactment of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act of 1957 and the Medical Care Act of 1966 established the framework between the federal and provincial governments respecting this partnership which has involved the provinces as planners, managers and administrators of the system with the federal government providing partial financing of the cost of services and establishing conditions respecting the transfer of funds.

- . In 1977, the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act (E.P.F.) consolidated the financing arrangements of the two earlier statutes and gave the provinces greater service flexibility by providing for block grants and the transfer of tax points.
- . The Canada Health Act enacted in 1984 reasserted principles found in early federal legislation at the core of the Canadian hospital and medical insurance program - public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility.
- . The Canadian health care system has grown into an "industry" of major social and economic importance, directly employing over 450,000 people and accounting for over \$26 billion in annual expenditures by federal, provincial and territorial governments.
- . Canadians can be proud of their health care system which is recognized as one of the finest in the world. It has proven effective in meeting goals of providing accessible and affordable hospital and physician care for Canadians. Canada now enjoys a wide range of publicly funded health care programs. Disparities do still exist, however, in the scope and range of health programs and services available in the various regions of the country.
- . Although Canadians can be justifiably proud of the past accomplishments of their health care system, there are compelling reasons to believe that we must be forward in our thinking and that changes must be made if we are to continue to meet the future health care needs of the Canadian public in an effective and efficient way.

III. THE PRESENT: MAJOR PRESSURES ON THE HEALTH CARE SYSTEM

1. Demographic Factors

- . The proportion of the Canadian population over 65 years is expected to rise from 10% in 1980 to about 20% over the next 30 years while the proportion of the Canadian population age 75+ is expected to increase even more rapidly.

- . Studies have shown that seniors, and particularly those aged 75+, are among the highest users of the health care system, particularly of hospital and nursing home services. It is estimated that although seniors currently constitute approximately 10% of the Canadian population, they may account for 35-45% of all health care expenditures.
- . Increased demands will be placed on the Canadian health care system to meet the growing health care requirements of this population group. It is estimated that the growth in the elderly population accounts for an increase of one percent per year in per capita costs for health care as a whole. Although this growth does not constitute a crisis, it does demand a planned response, in a way which minimizes the use of extensive institutional care and encourages healthier lifestyles.
- . Another significant demographic consideration is the Indian, Native and Inuit population in Canada. This population group has special health care needs and currently makes significantly high use of institutional care services. Meeting their health care needs is additionally complicated by cultural and intergovernmental jurisdictional issues.

2. Technological Development

- . Advances in medical knowledge and technology are having major effects on the organization, provision and cost of health care services. Treatment procedures considered experimental ten years ago are now provided to the public on a routine basis.
- . Technological advances, particularly in the diagnostic and treatment areas, are leading to earlier and more intensive treatment approaches not only to prolong life but also to deal with chronic or degenerative disorders, where no cure is possible but quality of life may be improved. A number of new technologies, particularly in the areas of life support, reproductive and genetic intervention raise difficult ethical dilemmas for the Canadian public.
- . As the public and health care professionals become aware of the potential benefits associated with such new technologies, provincial governments experience pressure to make them readily available, often at significant cost and without careful evaluation of their cost-effectiveness or of their impact on the rest of the health care system.

- . High cost technologies are usually located in large urban hospitals where economies of operation make it most feasible to maintain specialized treatment staff and equipment. This in turn leads to increased treatment demands on large urban hospitals and a diminished treatment role for small hospitals.
- . The use of new technologies in the health care field usually leads to increased service expenditures rather than reduced expenditures as occurs in other industries.

3. Human Resource Training, Supply and Distribution

- . The health care system is characterized by situations of both oversupply and undersupply of different kinds of health professionals.
- . Decisions concerning the supply and training of health care professionals are largely the responsibility of educational institutions and provincial ministries of education. Training programs and curricula are not well coordinated with changing health manpower requirements.
- . Where fee-for-service professionals are concerned, oversupply can create an environment in which practitioners are more disposed to generate a demand for their own services.
- . Physicians and other specialized health professionals usually receive their training in large urban institutions which are frequently unrepresentative of the larger health care system. Such health professionals are often reluctant and ill-prepared to locate in small or remote communities where they cannot maintain professional contact with their peers and colleagues. This leads to geographical maldistribution problems where physicians and other specialized health personnel are overly concentrated in urban areas and difficult to recruit in smaller centres and remote areas.
- . Health care professionals often view themselves in a competitive light, as opposed to complementary to each other. This impacts on the efficient allocation of human resources.

4. Changing Health Care Needs and Services

- . The Canadian health care system was designed through its national hospital and medical care insurance program to deal with acute, short-term, medical care needs, illness and injuries.

- . However, health care needs are changing as an increasing proportion of the health problems of Canadians are now gradual in onset, disabling in nature and long-term in duration. It is estimated that one in five Canadians will require psychiatric services in their lifetime and that disabilities among Canadians will increase significantly as the population "ages".
- . Many of the health treatment and rehabilitation needs of Canadian people must be provided by a range of health professionals and agencies in both community and institutional settings. Such services include: home care, pharmacare, dental services, nursing home services and a mixture of specialized programs targeted at the disabled, the mentally ill and at persons with specific medical problems. Decisions by provinces to provide such services have led to increased health care expenditures.
- . The quality of health care being provided to the Canadian public has improved over the past two decades as government regulatory agencies, professional and institutional associations have established higher standards of care requirements. Higher standards of care have also led to increased costs in providing care and, in some cases, made it more difficult to ensure local accessibility to health care services.
- . It is generally recognized among health care professionals that an individual's health status can be affected by a variety of inter-related environmental and behavioral factors. In areas of personal lifestyle where individuals can exercise a large degree of personal control (diet, exercise, smoking, drug abuse, self-help, mutual support, etc.), insufficient resources are used to encourage and reinforce "healthy" decision-making by individuals, groups and communities.
- . Key environmental problems such as pesticide spraying, water and air pollution and acid rain are creating new types of demands and challenges to the health care system.
- . It should also be noted that diseases associated with aging, such as Alzheimer's Disease, and new diseases such as AIDS have potential to place extraordinarily high service and cost demands on the health care system.

5. Public Expectations

- . The general public strongly supports the concept that high quality health care services should be commonly accessible in all regions of the country to persons requiring them. Provincial and federal governments are expected to take a leadership role in ensuring the availability of such services.
- . Public funding of health services through general taxation is widely supported both as a means to ensure that all persons can obtain necessary health services and to ensure that low income levels do not prevent obtaining necessary health services.
- . The passage of the Canada Health Act has strengthened public expectations that many health services should be provided with minimal or no direct charge to patients. However, the public generally lacks knowledge about the cost of the health care services they receive.
- . Public reactions to government efforts to control increasing health care costs suggest that the public expects current levels of health expenditures to be maintained and perhaps increased. Whether the public is prepared to pay more to ensure this happens is unclear.

6. Organizational and Reimbursement Structures

- . Wages and fees for health care professionals and other workers constitute the bulk of Canadian health care expenditures. Extra-inflationary increases to the wage and fee bill have contributed significantly to the current cost pressure.
- . The incentive pattern associated with the majority of existing organizational and reimbursement structures in the health care system encourages the use of more, and more costly, resources.
- . The structural and organizational complexity of the health care system, with a myriad of third party service providers, with competing interests and limited responsibility for management of the overall system creates a degree of fragmentation that is inefficient and costly.

7. Funding Structures

- . Stability and flexibility in funding is essential to long term planning within the health care system. Block-funding contributions from the Federal government to the provinces for insured hospital and medical programs have generally allowed provincial governments flexibility in developing health services. However, the recent decision by the federal government to reduce growth rates in their contributions raises questions about funding stability.
- . There is also provincial concern that the funding criteria contained in the Canada Health Act concerning accessibility and universality may prevent the provinces from establishing some types of cost-effective service delivery structures such as HMUs.
- . It is recognized that other major federal social policy funding mechanisms such as the Canada Assistance Plan, the Vocational Rehabilitation of Disabled Persons program and the Canadian Mortgage and Housing Corporation Program impact substantially on the health care system. Limited flexibility in these funding programs reduces the potential to stimulate innovation and foster joint planning of health and social services.

IV. THE FUTURE: RESPONDING TO THE CHALLENGE

As a consequence of these pressures, it is anticipated that there will be increased requirements for a wide range of health care services and increased demands placed on provincial and federal governments to expand funding to ensure accessibility to these services. The development of effective ways to respond to these pressures is the major challenge confronting the health care system.

1. Principles for Guiding Change

When considering future directions and strategies for change in the health care system, a number of principles must be recognized.

Long Term Planning: Because of the size and complexity of the health care industry, changes should be made in a planned orderly manner which allows sufficient time for the industry to adapt. Provider and user input should be encouraged.

A Managed System: The health care system must be managed carefully with means incorporated to make annual costs more predictable. Public policy that is based on a comprehensive view of health is required.

Accessible Quality Health Care: The Canadian health care system should continue to make appropriate, quality health care accessible to all Canadian citizens.

Community Support Services: A range of community support services should be established to ensure a balanced continuum of service, reducing reliance on institutional care and assisting individuals in achieving independence.

Cost-Effective Services: Health care services should be provided in a cost-effective manner to ensure that the best value is obtained for each dollar expended.

Health Promotion and Prevention: A sharper focus should be placed on efforts to promote health and prevent illness in a manner that encourages greater community, individual and service provider participation in these efforts.

Individual Responsibility: Individuals should assume increased responsibility for maintaining personal health and for making prudent, effective use of health care services.

Funding Stability and Flexibility: Funding mechanisms for health care services should be flexible enough to meet changing program requirements and provide sufficient stability and predictability for long term planning needs.

Fostering Innovation: Innovation in the organization and funding of health care is a key area of commitment to the future.

2. Directions for Change

Given the current and future health service and funding pressures, it is essential that the provincial and territorial governments work together to develop new directions for health care. Recommended directions for change in this regard are described below.

A. Development of Health Objectives

Recommended Direction: The development of health objectives is recommended as a way to:

- encourage public discussion about the nature and purpose of the Canadian health care system;

- . establish long term health objectives which are viable and sustainable;
- . assist in long term planning and priority setting; and
- . reorient the health care system to focus its efforts more intensely on "wellness" and "good health".

B. Strong Emphasis on Health Promotion and Illness Prevention

Recommended Direction: Efforts should be enhanced to develop and implement more effective ways to promote health and prevent illness and to encourage individuals, communities and service providers to assume a more active role in maintaining health and in prudently using health care services.

C. Structural Innovations

Recommended Direction: Innovative approaches to the planning, organization, administration, funding and evaluation of health services are required if the provinces and territories are to be able to continue providing accessible, high quality, cost-effective health care services. Such changes will involve the establishment of new organizational structures and management practices which may require the provision of new resources on a transitional basis and the eventual reallocation of some existing health care resources.

D. Improved Use of New Technology

Recommended Direction: Increased consultation and planning in regard to the appropriate use of new technology in the treatment, rehabilitation, early detection and prevention areas are required to provide for cost-effective acquisition, placement and use of new technologies.

E. Improved Health Human Resource Planning and Coordination

Recommended Direction: Improved coordination of educational and health care planning is required in the areas of health human resource supply, training, distribution and regulation.

F. Funding Mechanisms

Recommended Direction: In order to permit long-term planning of health services, and provide the capacity to respond effectively to changing health requirements, a review of approaches to federal/provincial/territorial financing of health care is required which would focus on stability, flexibility, adequacy and regional equity issues in the funding of health care services. Also at issue is the question of additional "transitional" funding which would assist provincial and territorial governments in changing the existing health care system into a more cost-effective service delivery structure.

G. Expanded Health Care Research and Program Evaluation

Recommended Direction: Health care research directed at developing more effective early detection, prevention, treatment and rehabilitative health services should be expanded. Enhanced efforts should also be made to evaluate the efficiency of existing programs and monitor the effectiveness of program innovation and modification. More effective mechanisms are required to promote sharing of research and program evaluation studies between jurisdictions.

H. Development of "Healthy" Public Policy

Recommended Direction: As public policy decisions concerning education, income security, housing, environmental, transportation and many other policy sectors significantly affect the health status of Canadians, public policy initiatives designed to promote health should be encouraged and coordinated across such policy sectors.

V. FOLLOW-UP ACTION: PRIORITY AREAS

- . The pressures facing the health care system present a historic challenge. Imagination, innovation and leadership are required to respond effectively to this challenge.
- . The provincial and territorial governments must take lead roles in establishing new directions for health care services. Participation in this process, where appropriate from the federal government, will be invited.

- . The implementation of recommended new directions in areas of provincial and territorial jurisdiction will require new processes, mechanisms and strategies. The management of this process should be coordinated by the provincial and territorial Ministers of Health through their respective Deputy Ministers of Health. Priority areas requiring action are:
 - the development of health objectives;
 - an increased focus on health promotion and illness prevention;
 - the exchange of ideas and information about structural innovations, program evaluation and health care research;
 - mechanisms to improve the use of technology;
 - coordination of human resource planning; and
 - coordination of public policy.
- . The implementation of recommended new directions involving changes to health care funding mechanisms requires joint review by the federal, provincial and territorial governments. In this regard, it is recommended that:
 - an interpretation of the Canada Health Act be sought which recognizes the underlying principles of medicare and allows provincial and territorial governments to respond innovatively to the service challenges facing the health care system; and
 - the First Ministers direct their respective health ministers and finance ministers to arrange a joint meeting at an early date to examine issues of stability, flexibility, adequacy and regional equity in the funding of health care services.

CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

Rapport d'étape: Le suivi
donné au rapport sur les
"Orientations futures des soins de santé"

Colombie-Britannique

VICTORIA (Colombie-Britannique)
les 12, 13, 14 et 15 mars 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

DOCUMENT: 850-037/003

TRADUCTION DU SECRÉTARIAT

29e CONFÉRENCE ANNUELLE DES PREMIERS MINISTRES PROVINCIAUX

RAPPORT D'ÉTAPE : LE SUIVI
DONNÉ AU RAPPORT SUR LES
"ORIENTATIONS FUTURES DES SOINS DE SANTÉ"

Déposé par la Saskatchewan
au nom des
ministres provinciaux et territoriaux de la Santé



29th Annual Premiers' Conference

29^e Conférence annuelle des
premiers ministres

Saskatoon, Saskatchewan 1988

les 18 et 19 août 1988
SASKATOON (Saskatchewan)

I. INTRODUCTION

Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé sont heureux de présenter ce rapport d'étape sur les mesures prises afin d'assurer le suivi du rapport qui traitait des "Orientations futures des soins de santé".

II. CONTEXTE

- . A leur Conférence annuelle de 1987, les Premiers ministres provinciaux demandaient aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé de signaler, à la Conférence des Premiers ministres de novembre 1987, les orientations les plus efficaces à donner pour l'avenir aux services de santé.
- . Les ministres provinciaux et territoriaux ont par la suite présenté un rapport intitulé "Orientations futures des soins de santé", qui fut déposé par l'honorable Grant Devine à la Conférence des Premiers ministres de 1987 (voir l'annexe B).
- . Ce rapport mettait en lumière divers facteurs qui contribuent à accroître les pressions exercées sur les services et les coûts dans le système de soins de santé. Les principaux facteurs sont:
 - . le "vieillissement" de la population canadienne;
 - . l'évolution des besoins en matière de soins de santé;
 - . l'apparition de techniques nouvelles dans les soins de santé;
 - . les attentes considérables de la population quant à l'accessibilité des services de santé;
 - . le manque de coordination qui caractérise la disponibilité, la formation et la répartition des professionnels de la santé;
 - . une organisation et des structures de remboursement qui engendrent des incitations contre-indiquées; et
 - . des mécanismes fédéraux-provinciaux de financement qui risquent de nuire à l'innovation dans les services.
- . Le rapport proposait également de nouvelles orientations stratégiques pour le système de soins de santé, dont :
 - . l'élaboration d'objectifs à long terme qui soient réalisables;
 - . un accent accru sur la participation des particuliers, des collectivités et des dispensateurs de services à des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie;

- . une attitude novatrice relativement à l'organisation, à l'administration et au financement des services de santé
- . une planification et des consultations améliorées entre gouvernements en ce qui concerne l'acquisition, la répartition et l'utilisation des technologies nouvelles de la santé;
- . une planification mieux coordonnée en ce qui concerne la disponibilité, la formation, la répartition et la réglementation des professionnels de la santé;
- . une augmentation de l'évaluation, de la recherche et du développement en matière de santé;
- . une étude conjointe des mécanismes de financement par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin de vérifier si le financement des soins de santé est stable, adéquat, adaptable et équitable pour chaque région; et
- . une meilleure coordination des orientations afin que soit adoptée une politique générale "saine" pour le Canada.
- . Les secteurs où le suivi se définissait comme prioritaire étaient les suivants;
 - . un accent accru sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie;
 - . des mécanismes visant une meilleure utilisation de la technologie;
 - . l'échange d'idées et d'information concernant les changements d'organisation, l'évaluation des programmes et les projets de recherche;
 - . une meilleure coordination au niveau de la planification des ressources humaines;
 - . une meilleure coordination sur le plan d'une politique générale "saine";
 - . la formulation d'objectifs en matière de santé;
 - . une interprétation de la Loi canadienne sur la santé qui permette aux gouvernements d'apporter des solutions novatrices aux défis affrontés en matière de services de santé; et

- . un examen fédéral-provincial-territorial des questions susceptibles de déterminer comment le financement des services de santé peut être stable, adaptable, adéquat et équitable pour les régions.
- . Pour donner suite aux recommandations formulées dans le rapport, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont lancé des activités de suivi dans trois grands domaines:
 - . la planification conjointe;
 - . le financement des soins de santé; et
 - . la création d'un consensus grâce à des colloques nationaux.

III. LA PLANIFICATION CONJOINTE

- . Alors qu'il incombe au premier chef à chaque gouvernement provincial et territorial de mettre en oeuvre des changements au système de soins de santé dans sa sphère de compétence, il reste que la coopération, le partage de l'information et la planification conjointe sont des valeurs que l'on encourage entre les ministères de la Santé aux paliers provincial, territorial et fédéral.
- . Un comité directeur interprovincial présidé par la Saskatchewan et composé de sous-ministres de la Santé de la région de l'Atlantique, du Québec, de l'Ontario et des provinces de l'Ouest a été constitué avec pour mission de coordonner la planification interprovinciale-territoriale et, au besoin, de se livrer de concert avec des représentants fédéraux à un examen de questions donnant lieu à des préoccupations.
- . En mai 1988, les membres du comité directeur et des hauts fonctionnaires de Santé et Bien-être social Canada ont tenu une réunion au cours de laquelle il fut convenu:
 - . que l'application de la Loi canadienne sur la santé doit être marquée de souplesse et de collaboration, et que des fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux se réuniront une fois l'an pour se sensibiliser les uns les autres aux questions qui les préoccupent; et
 - . que les ministères provinciaux, territoriaux et fédéral organiseront une "retraite fermée" où l'on réfléchira à la question de l'utilisation excessive des services de santé, et où l'on élaborera des stratégies visant à accroître la responsabilité de l'individu en matière de soins de santé.

- . Le comité directeur interprovincial envisage en outre, afin de faciliter entre les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral un échange d'information sur les mesures prises dans leurs sphères de compétence respectives un certain nombre d'activités dont:
 - . la tenue régulière de conférences des ministres et des sous-ministres de la Santé où l'on échangera de l'information sur les changements d'organisation, l'examen des services de santé et la modification des objectifs en matière de soins de santé; et
 - . un réexamen du mandat confié aux actuels comités consultatifs fédéraux-provinciaux-territoriaux sur les soins de santé dans l'optique du suivi à donner aux "Orientations futures", notamment en ce qui a trait à la planification des ressources humaines et à la détermination des éléments d'une politique générale "saine".

IV. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

- . Même si la santé est un domaine qui relève de la compétence des provinces, le gouvernement fédéral et ceux des provinces coopèrent depuis longtemps au financement et à la prestation de services hospitaliers et médicaux assurés.
- . Il est reconnu que l'élaboration de nouvelles orientations efficaces en matière de santé est indissociablement liée à la question du financement des soins de santé.
- . Afin de permettre une planification à long terme de l'innovation dans le système de soins de santé, et pour ouvrir la porte à des mesures efficaces devant l'évolution des besoins dans le domaine de la santé, il est nécessaire de soumettre le financement fédéral-provincial-territorial des soins de santé à un examen axé sur la mise en place d'un processus stable, adaptable, adéquat et équitable pour les régions.
- . A l'issue de discussions entre les membres du comité directeur interprovincial et les hauts fonctionnaires de Santé et Bien-être social Canada, il fut convenu de mettre sur pied un petit groupe de travail fédéral-provincial-territorial chargé d'examiner des propositions et des paramètres susceptibles d'aboutir à la création d'un fonds fédéral consacré à l'innovation dans les services de santé.

- . Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé recommandent également:
 - . que les Premiers ministres provinciaux enjoignent à leurs ministres de la Santé et des Finances de tenir au plus tôt une réunion conjointe où ils se pencheront sur un financement des soins de santé qui soit stable, adaptable, adéquat et équitable pour les régions; et
 - . que les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé et des Finances rencontrent ensuite leurs homologues fédéraux afin d'examiner avec eux ces mêmes questions de financement des soins de santé.

Décisions sollicitées

- . Que l'on soit autorisé en principe à examiner, de concert avec Santé et Bien-être social Canada, les possibilités entourant la création d'un fonds fédéral consacré à l'innovation dans les services de santé.
- . Que soit autorisée la tenue, au plus tôt, d'une réunion des ministres provinciaux, territoriaux et fédéraux de la Santé et des Finances où l'on se penchera sur un financement des soins de santé qui soit stable, adaptable, adéquat et équitable pour les régions.

V. LA CRÉATION D'UN CONSENSUS - COLLOQUES NATIONAUX

- . Le système canadien de soins de santé représente sur la scène socio-économique une industrie de grande importance, qui emploie directement plus de 450 000 personnes et qui consomme des dépenses annuelles de plus de 26 milliards de dollars en provenance des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral.
- . Parce que cette industrie des soins de santé est si vaste et si complexe, les changements qu'on y apporte doivent être mis en oeuvre de façon à permettre la réalisation d'un consensus et à laisser au public, aux dispensateurs de services et aux organismes de financement le temps de constater le changement et de s'y adapter.
- . La première étape essentielle de ce processus consiste à examiner les questions nationales de planification en matière de soins de santé dans le cadre de rassemblements publics avec la participation de chercheurs universitaires, de dispensateurs de services et de planificateurs hautement réputés.

- . Ces rassemblements publics sont essentiels afin de sensibiliser la population à la nécessité d'apporter des changements au système de soins de santé, et afin de créer un consensus quant à la nature des changements à apporter.
- . Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont retenu trois dossiers de planification qui sont urgents et qui en même temps nécessitent le plus une discussion de portée nationale et la création d'un consensus. Ce sont:
 - . la promotion de la santé et la prévention de la maladie;
 - . l'évaluation des technologies de la santé; et
 - . le contrôle de la qualité et l'examen des résultats en matière de santé.
- . Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé proposent que trois colloques nationaux sur les soins de santé aient lieu au cours des quinze prochains mois afin qu'on y étudie ces trois dossiers prioritaires (voir l'annexe A).
- . Ces colloques, qui auraient lieu respectivement en Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario, seraient organisés de manière à sensibiliser la population à ces questions de santé et aux solutions qui s'offrent au public, aux administrateurs de la santé et aux organismes de financement.
- . Les colloques pourraient jouir d'une plus grande visibilité chez le public s'il est bien clair qu'ils se dérouleront sous l'égide et avec l'appui de toutes les provinces et des territoires. Il reste à décider si les provinces et les territoires désirent inviter le gouvernement fédéral à participer à un parrainage conjoint.
- . Le financement requis pour la tenue de ces colloques serait relativement minime par rapport à l'importance des dossiers qui y seraient traités. On peut supposer que le mode de partage des frais sera défini après qu'on aura pris une décision quant au parrainage conjoint, bien que les provinces où se tiendraient les colloques aient toutes trois manifesté l'intention de les organiser à leurs propres frais si nécessaire.

Décisions sollicitées

- . Que la proposition relative aux colloques soit approuvée en principe.
- . Que des indications soient données quant à l'opportunité d'inviter le gouvernement fédéral à participer à un parrainage conjoint de ces colloques.

VI. SOMMAIRE DES DÉCISIONS SOLLICITÉES

Approuver en principe ce qui suit:

- . continuer d'examiner, de concert avec Santé et Bien-être social Canada, les possibilités entourant la création d'un fonds fédéral consacré à l'innovation dans les services de santé;
- . tenir une réunion des ministres provinciaux, territoriaux et fédéraux des Finances et de la Santé où l'on examinera le financement des services de santé qui soit stable, adaptable, adéquat et équitable pour les régions;
- . continuer de planifier la tenue de trois colloques nationaux afin de créer un consensus à l'égard de trois dossiers urgents en matière de santé; et
- . donner des indications quant à l'opportunité d'inviter le gouvernement fédéral à participer à un parrainage conjoint de ces colloques.

ANNEXE A

PROPOSITION RELATIVE AUX COLLOQUES NATIONAUX

PROPOSITION RELATIVE AUX COLLOQUES NATIONAUX

1. Colloque sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie

Un colloque tenu en Colombie-Britannique portera à la fois sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie. On estime qu'il faut porter une attention particulière et concentrée à la promotion de la santé pour être en mesure d'influer de façon appréciable sur le climat de maladie chronique et de hausse des frais de santé que nous vivons de nos jours. Le coût de notre système de soins de santé est tributaire de toute une gamme de facteurs, comme le souligne le rapport intitulé "Orientations futures des soins de santé". Or, il est permis de croire que la promotion de la santé pourrait avoir un effet positif sur certains de ces facteurs. Ce qu'il faut faire maintenant, c'est procéder à un examen complet de ce que l'avenir réserve jusqu'au début du siècle prochain sur le plan des activités de promotion de la santé dans notre pays :

- * Quels secteurs offrent les meilleures possibilités de promotion de la santé?
- * Quels avantages directs et indirects est-il permis d'attendre de la promotion de la santé?
- * Qui devrait participer à la réalisation des activités liées à la promotion de la santé?
- * Quels sont les coûts et les avantages de diverses activités de promotion de la santé?
- * Quelles sont les sources de financement disponibles pour la promotion de la santé?

Pareil examen, qui débiterait par la tenue du colloque proposé, pourrait servir de point de départ à un plan structuré de promotion de la santé. Le colloque pourrait donner le signal d'un effort national de planification en vue de coordonner les initiatives de promotion de la santé.

2. Colloque sur l'évaluation des technologies de la santé

A notre époque, à cause des progrès techniques rapides qui ont été accomplis dans le domaine, les technologies de la santé constituent un élément important du système des soins de santé. Ce phénomène qui ne cesse d'accélérer a engendré de nouvelles façons d'envisager la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation des malades et des handicapés.

Cependant, cette évolution, qui accapare sans cesse des ressources destinées aux soins, n'a pas été contrôlée au moyen d'un examen rigoureux. De fait, le principal problème observé dans ce secteur semble même découler d'une incertitude croissante quant aux répercussions sanitaires, économiques et sociales des technologies de la santé, incertitude que vient nourrir un manque d'évaluation. Donc, une évaluation rigoureuse des technologies de la santé doit être à la base de toute politique visant à en répandre l'usage; ce même principe semble également essentiel pour ce qui est de faire en sorte que les progrès technologiques dans le domaine de la santé s'harmonisent avec les intérêts de la collectivité.

Un colloque tenu à Québec se penchera sur trois grands thèmes, savoir :

1. la façon dont les autres provinces canadiennes et d'autres pays abordent l'évaluation des technologies de la santé;
2. l'approche privilégiée par le Québec : le Conseil d'évaluation des technologies de la santé; et
3. l'élaboration de recommandations relatives à l'évaluation des technologies de la santé.

3. Colloque sur le contrôle de la qualité et l'examen des résultats

De plus en plus, il importe tout autant pour l'État de contrôler la qualité et l'opportunité des services auxquels il participe financièrement que de fournir les fonds eux-mêmes. Il est même du devoir des gouvernements, à titre de principales sources de financement, de protéger le public contre des services, des traitements, des médicaments et d'autres interventions qui, dans certaines circonstances, pourraient être à déconseiller ou même être nuisibles. Puisque ce phénomène semble se produire trop souvent dans certaines administrations, il serait souhaitable d'avoir une discussion éclairée et publique sur la question afin d'amener la population et les dispensateurs de soins à comprendre et à appuyer les objectifs et les méthodes propres aux programmes de contrôle de la qualité. Ce colloque sur le contrôle de la qualité et l'examen des résultats aura lieu en Ontario.

ANNEXE B

ORIENTATIONS FUTURES DES SOINS DE SANTÉ

RAPPORT PRÉSENTÉ A LA CONFÉRENCE DES PREMIERS MINISTRES
SUR L'ÉCONOMIE
TENUE LES 26 ET 27 NOVEMBRE 1988 A TORONTO

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction	
II.	Le passé : Mise en place du système canadien de soins de santé	
III.	Le présent : Fortes pressions exercées à l'égard du système de soins de santé	
IV.	L'avenir : Relever le défi	
V.	Suivi : Secteurs prioritaires	1

I. INTRODUCTION

- . À la 28^e conférence annuelle des Premiers ministres provinciaux, au mois d'août 1987, les chefs des provinces ont enjoint aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé de leur signaler, en prévision de la conférence des Premiers ministres qui doit avoir lieu en novembre, les orientations -- les plus efficaces à donner pour l'avenir aux services de santé. À leur rencontre annuelle, en septembre, les ministres de la Santé ont convenu de faire porter leur rapport sur ce qui suit :
 - les facteurs et les pressions qui influent sur le système de soins de santé;
 - les effets de ces facteurs sur les dépenses actuelles et futures;
 - les orientations et les stratégies à envisager;
 - les mécanismes de suivi que pourraient mettre en place les différents gouvernements.
- . Au cours des discussions, on a vite constaté qu'à cause de l'envergure et de la complexité du secteur des soins de santé, l'élaboration de nouvelles orientations efficaces ne peut être dissociée des questions de financement. Il fut reconnu que pour élaborer des orientations et des stratégies nouvelles, il faudrait apporter, dans le système de soins de santé, des innovations et des changements susceptibles de nécessiter de nouvelles ressources à titre transitoire de même que la réaffectation éventuelle de certaines ressources existantes. C'est pourquoi on a relevé des questions qui ont trait au financement des soins de santé, questions sur lesquelles les ministres des Finances devraient également se pencher ainsi que le recommande le présent document.

II. LE PASSÉ : MISE EN PLACE DU SYSTÈME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ

- . La participation des gouvernements au financement et à la prestation des services de santé constitue depuis trente ans la pierre angulaire de la politique sociale canadienne.
- . Même si le secteur de la santé relève de la compétence des provinces, celles-ci peuvent compter depuis longtemps sur la collaboration du gouvernement fédéral au financement et à la prestation des services hospitaliers et médicaux assurés. En effet, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (1957) et la Loi sur les services médicaux (1966) leur confient le rôle de planificateur, de gestionnaire et d'administrateur du système, le gouvernement fédéral devant assumer une partie des coûts des services et fixer des normes concernant les transferts de fonds.

- . En 1977, la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis raffermi les arrangements financiers prévus dans les lois précitées et donne aux provinces une plus grande latitude en autorisant le financement global et le transfert de points fiscaux.
- . La Loi canadienne sur la santé, adoptée en 1984, reconnaît les principes définis dans les précédentes lois fédérales comme la base même du programme canadien d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation : administration publique, vaste portée, universalité, transférabilité et accessibilité.
- . Le système de soins de santé est devenu une "industrie" dont la portée socio-économique est loin d'être négligeable. Plus de 450 000 personnes y sont employées directement, et on chiffre à plus de 26 milliards de dollars les dépenses engagées annuellement par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires.
- . Les Canadiens peuvent être fiers de leur système de soins de santé, reconnu comme l'un des meilleurs au monde. Le système a en effet su répondre à ses objectifs en mettant à la portée de la population des soins hospitaliers et médicaux accessibles et abordables. Le pays bénéficie actuellement d'une vaste gamme de programmes financés à même les fonds publics. On constate toutefois certaines disparités d'une région à l'autre quant au nombre et à la portée des programmes et services offerts.
- . Même si les Canadiens peuvent à bon droit se montrer fiers de ce qu'a accompli leur système de soins de santé, certains facteurs nous obligent à croire qu'il nous faudra nous tourner vers l'avenir et que des changements devront être apportés si nous voulons pouvoir continuer de répondre aux besoins de la population.

III. LE PRÉSENT : FORTES PRESSIONS EXERCÉES À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

1. Facteurs démographiques

- . Le groupe des 65 ans et plus, qui correspondait à environ 10 p. 100 de la population en 1980, représentera près de 20 p. 100 de la population d'ici trente ans. L'augmentation s'annonce même plus rapide dans le cas de 75 ans et plus.
- . Des études ont démontré que les personnes âgées, et plus spécialement les 75 ans et plus, comptent parmi les plus grands utilisateurs des services hospitaliers et de soins à domicile. Même si les personnes âgées ne correspondent actuellement qu'à environ 10 p. 100 de la population

canadienne, les services dont elles ont besoin représenteraient de 35 à 45 p. 100 des dépenses totales engagées dans ce secteur.

- Des pressions de plus en plus fortes seront exercées pour répondre aux besoins croissants de ce groupe d'âge. On estime que l'augmentation de la population âgée engendrerait une hausse annuelle de 1 p. 100 du coût per capita de l'ensemble des soins de santé. Sans être catastrophique, la situation exige quand même une certaine planification dans le but de réduire au maximum le recours aux soins hospitaliers et d'encourager un mode de vie plus sain.
- Il convient en outre de prendre en compte la situation des Indiens et des Inuit, qui ont des besoins particuliers et qui sont aussi de grands utilisateurs des services de santé. Dans leur cas, la prestation de ces services se complique d'autant plus du fait des rapports entre les gouvernements à leur sujet ainsi que de certains facteurs d'ordre culturel.

2. Progrès technologiques

- Les progrès de la médecine et des techniques de soin ont des répercussions importantes sur l'organisation, la prestation et le coût des services de santé. Les traitements appliqués à titre expérimental il y a dix ans sont devenus tout à fait courants.
- Les nouveaux moyens de diagnostiquer et de traiter la maladie, en particulier, garantissent un dépistage plus rapide et des soins plus soutenus qui permettent non seulement de prolonger la vie, mais aussi de traiter certains problèmes chroniques ou de dégénérescence. Même si la guérison n'est pas possible, la qualité de la vie peut être améliorée. Diverses techniques nouvelles, notamment en ce qui a trait à la survie artificielle, à la reproduction artificielle et à la manipulation génétique posent de graves problèmes d'éthique aux Canadiens.
- Plus les professionnels de la santé et le grand public prennent conscience des possibilités des techniques nouvelles, plus ils exercent de pressions auprès des gouvernements provinciaux pour y avoir accès, dans bien des cas sans tenir compte des coûts considérables et sans avoir soigneusement examiné la rentabilité ou les répercussions de tels changements sur le reste du système.
- Les appareils très dispendieux sont généralement installés dans les grands hôpitaux urbains, dont les frais d'exploitation moins élevés contribuent grandement à l'engagement d'un personnel spécialisé et à l'installation de ce type d'appareil. Il en résulte que ces hôpitaux sont de plus en plus en demande alors que les établissements moins importants sont en perte de vitesse.

- Contrairement à ce qu'on observe dans l'industrie, l'utilisation de techniques nouvelles dans le secteur de la santé engendre une hausse du coût des services.

3. Ressources humaines disponibles, formation et répartition

- Le système de soins de santé se caractérise par une répartition inégale des spécialistes de certains domaines.
- Les décisions concernant les professionnels de la santé et leur formation relèvent en grande partie des maisons d'enseignement et des ministères provinciaux de l'Éducation. Les programmes de formation et les cours ne tiennent pas compte des nouveaux besoins.
- Au chapitre des honoraires, une surabondance de praticiens amène ceux-ci à promouvoir leurs propres services.
- Les médecins et autres spécialistes reçoivent habituellement leur formation dans des grands centres qui sont situés en milieu urbain et qui, bien des fois, ne correspondent pas à la réalité du système de soins de santé en général. Ils sont donc souvent peu enclins et peu préparés à aller s'établir dans des régions éloignées ou peu peuplées, où ils ne peuvent pas rester en contact avec leurs pairs et leurs collègues. Il en résulte une trop grande concentration dans les centres urbains et des problèmes de recrutement pour les autres régions.
- La compétition prend souvent le dessus sur la complémentarité dans l'esprit des professionnels de la santé. La répartition des ressources ne peut manquer de souffrir d'une pareille attitude.

4. Besoins et services nouveaux

- Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie en vigueur au Canada ont été conçus pour répondre aux besoins des malades et des accidentés nécessitant, de par la gravité de leur condition, des soins à court terme.
- Cependant, une proportion de plus en plus élevée des problèmes de santé des Canadiens se caractérisent par un développement graduel, un risque plus marqué d'invalidité et une plus longue durée. On estime qu'un Canadien sur cinq requerra des soins psychiatriques au cours de sa vie, et que les cas d'invalidité augmenteront considérablement au fur et à mesure que la population "vieillit".

- . Bon nombre des besoins en matière de traitement et de réadaptation font appel aux services fournis par divers professionnels et organismes appartenant aussi bien au réseau hospitalier qu'au réseau communautaire. Ces services incluent : les soins à domicile, les soins pharmaceutiques, les services dentaires, les soins en maison de repos et divers programmes destinés tout spécialement aux handicapés, aux malades mentaux et aux personnes souffrant de divers problèmes médicaux. La décision des provinces d'offrir ces services a contribué à augmenter les dépenses engagées dans le secteur de la santé.
- . La qualité des soins offerts aux Canadiens s'est améliorée au cours des deux dernières décennies, les normes établies par les organismes gouvernementaux de réglementation et par les associations professionnelles devenant sans cesse plus sévères. En même temps, ces normes ont toutefois contribué à faire grimper les coûts et, dans certaines régions, ont rendu plus difficile l'accès aux services de santé.
- . Les professionnels de la santé s'accordent généralement à dire que divers facteurs liés tant au milieu qu'au comportement peuvent avoir une incidence sur la santé. Concernant les facteurs résultant d'un choix personnel (régime, exercice, tabagisme, consommation de drogues, prévoyance, entraide, etc.), on s'efforce avec des ressources insuffisantes d'inciter les particuliers, les groupes et les collectivités à prendre "la bonne décision".
- . Les problèmes environnementaux comme la vaporisation d'insecticides, la pollution de l'eau et de l'air et les pluies acides font naître de nouveaux besoins qui sont autant de défis à relever pour les responsables du système de soins de santé.
- . Les maladies associées au vieillissement, comme la maladie d'Alzheimer, et les maladies encore jamais vues, comme le SIDA, risquent de poser des problèmes extrêmement sérieux tant sur le plan financier que sur celui des services.

5. Exigences de la population

- . En règle générale, la population estime que des services de haute qualité devraient être offerts à tous partout au pays. Les autorités provinciales et fédérales doivent donc veiller à répondre à ces attentes.
- . Le financement des services de santé au moyen de prélèvements fiscaux constitue pour beaucoup la meilleure façon de rendre ces services accessibles à tous ceux et celles qui en ont besoin et de faire en sorte que les personnes à faible revenu ne soient pas laissées de côté.

- . L'adoption de la Loi canadienne sur la santé a renforcé la conviction du public qu'un grand nombre de services de santé devraient être offerts gratuitement ou à peu de frais. Toutefois, peu nombreux sont les usagers qui savent vraiment ce que coûtent ces services.
- . L'attitude générale devant les efforts déployés par les gouvernements pour contrôler la hausse des coûts des services de santé indique que la population espère que les dépenses actuelles seront maintenues, voire même augmentées. Il reste toutefois à déterminer dans quelle mesure les Canadiens sont disposés à faire les frais d'une telle augmentation.

6. Organisation et remboursement

- . Les salaires et honoraires des professionnels et autres travailleurs de la santé viennent au premier rang dans les dépenses engagées dans ce secteur. L'augmentation de ces salaires et honoraires, plus rapide que le taux d'inflation, a grandement contribué aux actuelles pressions budgétaires.
- . L'organisation des services et les structures de remboursement incitent la population à avoir recours toujours plus à des ressources dont le coût ne cesse de croître.
- . La complexité du système de soins de santé, qui fait participer, quoique d'une façon limitée, une foule d'intervenants aux intérêts opposés, crée une fragmentation aussi inutile que coûteuse.

7. Financement

- . La stabilité et la flexibilité des structures de financement sont les conditions essentielles d'une planification à long terme. En règle générale, la contribution du gouvernement fédéral au financement des programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie ont donné aux provinces la latitude dont elles avaient besoin. Toutefois la récente décision du gouvernement fédéral de réduire cette contribution fait craindre pour cette stabilité financière.
- . Les provinces craignent également que les critères d'accessibilité et d'universalité contenues dans la Loi canadienne sur la santé ne les empêchent de mettre en place des modes de prestation des services qui soient plus rentables.
- . Certains éléments clés de la politique sociale du gouvernement fédéral en matière de financement, comme le Régime d'assistance publique du Canada, le Programme de réadaptation professionnelle des personnes handicapées et le programme de la Société canadienne d'hypothèques et de

logement, influencent considérablement le système de soins de santé. En effet, les restrictions liées à ces programmes nuisent à l'application de mesures novatrices et à la planification conjointe des services sociaux et de santé.

IV. L'AVENIR : RELEVER LE DÉFI

Devant les pressions qui sont exercées actuellement, on prévoit que divers services de santé seront de plus en plus sollicités et que les gouvernements provinciaux et fédéral seront la cible de demandes toujours plus pressantes de fonds additionnels pour que ces services demeurent accessibles. Faire face à ces pressions constitue le principal défi à relever.

1. Principes directeurs

Un certain nombre de principes doivent être pris en compte dans la formulation d'orientations et de stratégies nouvelles.

Planification à long terme : En raison de l'importance et de la complexité du système de soins de santé, les changements projetés doivent être soigneusement planifiés, c'est-à-dire qu'une période d'adaptation doit être prévue. Les dispensateurs et les usagers des services devraient d'ailleurs être encouragés à faire connaître leur point de vue.

Gestion : Le système doit être géré de sorte que les coûts annuels deviennent plus facilement prévisibles. Une vision générale du secteur de la santé est importante dans la formulation de la politique générale.

Accessibilité et qualité des soins : Tous les citoyens canadiens doivent continuer d'avoir accès à des services de qualité qui répondent à leurs besoins.

Services communautaires : Divers services communautaires devraient être mis en place à titre de complément, afin d'assurer la continuité requise, de limiter le recours aux soins hospitaliers et d'aider les patients à conserver leur autonomie.

Rentabilité des services : Les services de santé devraient être aussi rentables que possible, car chaque dollar compte.

Promotion de la santé et prévention : Une place plus importante devrait être donnée à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie, afin d'accroître la participation de la collectivité, du particulier et du dispensateur de services.

Responsabilité individuelle : Tous et chacun devraient être encouragés à prendre soin de leur santé et à utiliser d'une façon prudente et responsable les services de soin.

Stabilité et adaptabilité des mécanismes de financement : En plus de rester suffisamment stables, les mécanismes de financement devraient permettre de faire face à tout changement susceptible d'être apporté aux programmes, et de prévoir les besoins à long terme.

Innovation : Il est essentiel de pouvoir compter sur la collaboration de tous les intéressés dans l'application de mesures novatrices concernant l'organisation et le financement des services.

2. Orientations

Compte tenu des pressions qui sont exercées, et qui continueront de l'être, à l'égard de la prestation et du financement des services de santé, il est essentiel que les administrations provinciales et territoriales travaillent ensemble à définir les changements à apporter. Les orientations que nous proposons sont les suivantes :

A. Formulation d'objectifs en matière de santé

Recommandation : Ces objectifs sont destinés

- . à faciliter la discussion ayant trait à la nature et à l'objet du système canadien de soins de santé;
- . à mieux définir d'autres objectifs à long terme qui soient durables et réalisables;
- . à simplifier la planification à long terme et la définition des priorités; et
- . à réorienter l'action du système afin qu'il mette davantage l'accent sur la "santé" et sur le "mieux-être".

B. Promotion de la santé et prévention de la maladie

Recommandation : Il faudra s'appliquer à trouver les moyens les plus efficaces de promouvoir la santé et de prévenir la maladie, ainsi que d'inciter les particuliers, les collectivités et les dispensateurs de services à jouer un rôle plus actif et à recourir avec discernement aux services de soin.

C. Organisation

Recommandation : Pour continuer d'offrir des services accessibles, rentables et de haute qualité, les administrations provinciales et territoriales devront adopter une attitude novatrice relativement à la planification, à l'organisation, à l'administration, au financement et à l'évaluation de ces services. Elles devront envisager, par exemple, la mise en place de nouvelles structures et de nouvelles pratiques de gestion, ce qui pourrait nécessiter l'affectation de nouvelles ressources à titre transitoire de même que la réaffectation de certaines ressources déjà consenties au secteur de la santé.

D. Technologie nouvelle

Recommandation : Une multiplication des consultations et une planification plus soignée concernant l'application des progrès technologiques en matière de traitement, de réadaptation, de dépistage et de prévention s'imposent si l'on veut que l'acquisition, la répartition et l'utilisation des nouveaux appareils se fassent d'une façon rentable.

E. Planification et coordination des ressources humaines

Recommandation : Une planification plus soignée est de rigueur en ce qui a trait à la formation et à la répartition des ressources humaines disponibles ainsi qu'aux règlements qui leur sont applicables.

F. Mécanismes de financement

Recommandation : Pour faciliter la planification à long terme et répondre convenablement aux nouveaux besoins, il faudra procéder à une étude destinée principalement à vérifier si la politique fédérale, provinciale et territoriale en matière de financement des services de santé est stable, adaptable et adéquate, et si elle tient compte également des besoins de chaque région. On devra également se pencher sur la question du financement "transitoire" qu'il faudra ajouter afin d'aider les gouvernements provinciaux et territoriaux à transformer leur système actuel de soins de santé en une structure de service plus rentable.

G. Recherche et évaluation des programmes

Recommandation : Les projets de recherche axés sur le dépistage, la prévention, le traitement et la réadaptation devront être multipliés. Il faudra en outre redoubler d'efforts en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des

programmes, anciens ou nouveaux. Des mécanismes plus efficaces devront être prévus afin de favoriser la mise en commun des résultats des recherches et des évaluations de programmes effectuées par les différentes administrations.

H. Adaptation d'une politique générale "saine"

Recommandation : Les décisions touchant l'éducation, la sécurité du revenu, l'habitation, l'environnement, le transport et divers autres secteurs ont des répercussions importantes sur la santé des Canadiens. Par conséquent, en plus d'être encouragées, les initiatives axées sur la promotion de la santé devraient tenir compte de toutes ces décisions.

V. SUIVI : SECTEURS PRIORITAIRES

- Les pressions exercées à l'égard du système de soins de santé posent un défi sans précédent face auquel il faudra faire preuve d'imagination, d'innovation et d'initiative.
- Il appartient aux gouvernements provinciaux et territoriaux de prendre la direction des nouvelles orientations à donner aux soins de santé. Là où elle sera justifiée, la participation du gouvernement fédéral sera la bienvenue.
- Les orientations recommandées concernant la compétence des administrations provinciales et territoriales supposent la mise en place de nouveaux mécanismes, l'adoption de nouvelles méthodes et l'application de nouvelles stratégies. Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé devraient coordonner la gestion de ce processus par l'entremise de leurs sous-ministres respectifs. La priorité devra être accordée à ce qui suit :
 - formulation d'objectifs en matière de santé;
 - accent accru sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie;
 - échanges d'idées et d'information concernant les changements d'organisation, l'évaluation des programmes et les projets de recherche;
 - mécanismes visant une meilleure utilisation de la technologie;
 - coordination au niveau de la planification des ressources humaines; et
 - coordination sur le plan de la politique générale.
- Les changements d'orientation touchant les mécanismes de financement des services exigent un examen conjoint par les autorités fédérales, provinciales et territoriales. À cet égard, il est recommandé :

- que soit demandée une interprétation de la Loi canadienne sur la santé qui reconnaisse les principes fondamentaux de l'assurance-santé et qui permette aux gouvernements provinciaux et territoriaux d'apporter des solutions novatrices aux défis qu'affronte le système de soins de santé dans la prestation des services; et
- que les Premiers ministres chargent leurs ministres de la Santé et des Finances de tenir dans les meilleurs délais une réunion conjointe afin de voir comment le financement des services de santé peut être stable, adaptable, adéquat et équitable pour les régions.

CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION

Where the Rubber Meets the Road .
From Health Promotion Rhetoric to
Health Promotion Action

Dr. Trevor Hancock
Public Health Consultant



VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

DR. TREVOR HANCOCK

Public Health Consultant

28 Napier St., Box 428
Kleinburg, Ontario
Canada L0J 1C0
Tel: (416) 893-2808

WHERE THE RUBBER MEETS THE ROAD

From Health Promotion Rhetoric to
Health Promotion Action

A presentation to the
National Symposium on Health Promotion & Disease Prevention
Victoria, B.C.

March 14, 1989

TABLE OF CONTENTS

A BRIEF OVERVIEW	3
FROM RHETORIC TO ACTION	5
Understanding & Recognition	5
a) The limits to sick care	6
b) Health goals	6
Infrastructure & Capacity	7
a) Funding	7
b) Defining roles	8
c) Knowledge development	9
d) Education & Training	10
e) National Centres of Excellence	11
Healthy Public Policy	13
a) Health inequalities & social inequities	14
b) Sustainable development & healthy environments	15
c) Food and agricultural policy and health	16
d) Structures and processes for healthy public policy.	16
Strengthening Community Action	17
a) Strengthening the community health sector	18
b) Strengthening community control	19
c) Strengthening community support	19
d) Healthy Communities	20
Developing Personal Skills	22
CONCLUSION	23
REFERENCES	24

My topic this morning is to discuss the action needed for health promoting policies, plans and programs to be put into action. Clearly, this is in the context of the nationwide planning and coordinated initiatives that are the focus of this conference; I will also take the opportunity to address the need to balance the attention now being directed to the treatment of disease.

I speak to you primarily as a practitioner of health promotion for the past ten years, working mainly at local government level. I have been involved with developing public policies, addressing the health implications of environmental issues and fostering community development activities; that work has been brought together in the healthy cities/healthy communities projects that have sprung up all across Europe and North America. I am also speaking as a consultant and academic with both national and international experience in these areas. To counter my necessarily Ontario-based perspective, I have also sought the advice and opinion of colleagues across Canada in preparing my remarks today; many of them are sitting in the audience, and I am grateful for their advice and input.

A BRIEF OVERVIEW

I will assume that most people here today are familiar with the general concepts of health promotion and healthy public policy, so I will only briefly review them.

Health promotion is a very recent phenomenon, although its roots go back to the first public health movement in the 19th century, and more immediately to the 1974 report "A New Perspective on the Health of Canadians" (Health and Welfare Canada, 1974). That report was of great importance because, for the first time in recent history, government acknowledged that health care services were not the major contributor to improving the public's health. For most of the rest of the 1970's, the emphasis was on changing the personal behaviours and individual lifestyles that were felt to contribute to poor health. By the early 1980's, the inherent limitations of this approach were beginning to be more widely recognized and our attention was being directed towards the broader socio-environmental and economic factors which shape personal behaviours (Labonte and Penfold, 1981).

As is now well known, thinking in both Canada and Europe was developing along the same lines, and it was no coincidence that the first international conference on health promotion was held in Ottawa in 1986. That conference saw the release of both "The Ottawa Charter for Health Promotion" (WHO, 1986) and "Achieving Health for All" (Health and Welfare Canada, 1986). Both of them used the same definition of health promotion:

"The process of enabling people to increase control over, and improve their health." (WHO, 1984)

In the intervening two and a half years, health promotion has moved swiftly to occupy a central place on the health agenda, not only internationally and nationally, but provincially and locally. Health promotion concepts have been prominent in the work of the Select Committee on Health of the Nova Scotia Legislature, the Rochon Commission in Quebec (Commission d'Enquete, 1987), the Evans (Ontario Health Review Panel, 1987), Spasoff (Panel on Health Goals for Ontario, 1987) and Podborski (Minister's Advisory Group, 1987) reports in Ontario and similar activities in Manitoba, Alberta, B.C. and elsewhere.

However, the rapid development of health promotion while an obvious success - an idea whose time has come - has created some problems of its own:

- a) The conceptual development of health promotion has occurred within a comparatively small group of people. Health promotion has not yet gained a wide enough recognition or acceptance among health professionals, politicians, the media or the public. (On the other hand, the popularity of the healthy communities project described later as an example of health promotion and healthy public policy at the local level is an indication of the sympathetic chord that these concepts can evoke among people.)
- b) Resources for health promotion have not kept pace with the development of the subject.
- c) We have few examples of health promotion policies, plans and programs. This is because there has not been enough time to develop and implement them, and more importantly there has not been enough time for us to learn from our mistakes.
- d) Health promotion and healthy public policy are long term processes; indeed, healthy public policy "must be viewed as a long term social learning enterprise." (Milio, 1987) They lack the instant gratification and media glamour of bypass surgery and liver transplants, although their long term impact on the health of the public is likely to be significantly greater than high tech (and high expense) biomedical technologies.

The recent development, narrow base, inadequacy of resources, lack of examples and lack of public and media appeal mean that health promotion will have to be carefully nurtured if it is to flourish, as I believe it must. Thus, I will address these developmental issues first before discussing three health promotion strategies where action is needed: developing healthy

public policies, strengthening community action and developing personal skills.

FROM RHETORIC TO ACTION

While the conceptual development of health promotion and its acceptance within a comparatively limited network has been rapid, there is a real need to move swiftly to support the rhetoric with significant policies and programs; to reinforce the potential breakthrough in society's understanding of and actions about health that health promotion represents.

We need first and foremost a wider understanding and recognition of the implications of health promotion for policies, plans and programs at all levels of government and in all sectors of society; this should involve the establishment of broad health goals that affect the concepts of health promotion.

Second, we need a commitment to put in place the funding and the infrastructure and to build the capacity to undertake health promotion activities, including the commitment to reallocate resources and clearly define roles within the health sector.

Third, we need to develop, implement and analyse healthy public policies at all levels and sectors of government, to analyse the health impacts of existing policies and to research, develop and propose alternative and more health-promoting policies.

The fourth important area for action is to strengthen the community's own capacity and ability to increase control over and improve its health by facilitating community empowerment, while the fifth area for action is to help people to develop the skills that will enable them to take personal and community action to improve their health.

Understanding and Recognition

Health promotion is not a wild or radical idea; it is not even a new idea. The recognition that health resulted from the actions of society as a whole and the many sectors within it in creating the social and environmental possibilities for good health did not originate with the LaLonde Report. One can go back to the 19th century public health movement, to Johann Peter Frank in the 18th century (Frank, 1976) or for that matter to Hippocrates two and a half thousand years ago and recognize that awareness.

However, health promotion does challenge what has been the prevailing assumption for some fifty years or more now, namely that health care services (what we should more properly call sick care services) are the major determinants of health.

a) The Limits to sick care

There is an enormous investment of resources, of people's commitment and people's egos in our present system. But good as our system of sick care services undoubtedly is, it is not enough. Recognizing and accepting that fact will not be easy, but is vitally necessary. It will not be easy because facing that fact means facing the limits to our sick care system and to the ideology that underlies it. Those limits are biological, ethical and financial in nature; biological in that we cannot in the long run conquer death, merely postpone it, and we cannot easily repair the ravages of poverty and poor environments with biomedical interventions; financial in that there will never be enough money to do all the things we could do; and ethical in the sense that even if we could afford to do all the things we were able to, should we, and is that the best way to improve health?

These are not easy questions, and they are not the province of the health professions alone, or of politicians alone. They are questions that we as a society must face, debate and resolve.

Thus, an important part of understanding the implications of health promotion will be accepting the realities of the limits to a biomedical approach. This requires the communication of those limits to the public at large and the involvement of all sectors of society in discussing the issues and deciding upon appropriate solutions. Our leadership, political or otherwise, must commit itself to initiating that public discussion.

b) Health goals

One important way both to initiate that discussion and to recognize the new realities of health promotion must be the establishment of broad policy objectives or health goals. The establishment of health goals is an important symbol of a commitment to a broad approach to health promotion. Health goals have proven to be useful in the United States (U.S. Surgeon General, 1979; 1980), - although somewhat narrowly behaviourally focussed - and in Europe, where the first goal agreed to by all 33 member states of WHO's European region is to reduce inequalities in health among and within member states by 25 percent by the year 2000 (WHO, 1985). Whether or not such a goal is feasible or attainable, it gives a very clear indication of priorities and policy directions.

Health goals have already been proposed in Quebec (Conseil des Affaires Sociales, 1984) in Ontario and, most recently, in British Columbia. Some years ago, the Canadian Public Health Association proposed a process of provincial/regional consultations and conferences leading to the establishment of provincial, regional and ultimately national health goals. Regrettably, that process was not pursued; it remains an important step, both from a symbolic and a pragmatic point of view, the latter because the requisite objectives (which could be developed at a local level, as proposed in the Spasoff Report) will provide a yardstick to measure our progress, a vital contribution to public accountability.

Infrastructure and capacity

An infrastructure cannot be established and capacity cannot be built without resources, both new and reallocated, and a clear definition of roles; only then can we undertake effective knowledge development and training for health promotion. The place to begin is with the need to recognize health promotion in the Canada Health Act and thus to make it eligible for cost-sharing by the federal government.

a) Funding

Public health, and with it much of health promotion, is not included under the Canada Health Act, which would be more accurately described as the "Canada Medical Procedures Insurance Act". This is a curious anomaly, to say the least. It is high time the Government of Canada recognized that public health and health promotion is worthy of cost sharing, and amended the Canada Health Act and the appropriate federal/provincial agreements accordingly; it would be even better if the federal and provincial governments were to sit down and agree upon a real Canada Health Act.

The present funding of health promotion and public health is clearly inadequate; estimates consistently suggest that somewhere around two to three percent of the provincial health budgets are spent on health promotion and public health. Additional funding can come from one of two sources:

- the allocation of new funds; or
- the reallocation of funds within the existing health budget.

There are pros and cons to both approaches. It might be argued that the health budget is already quite large enough, and that additional funds should not be provided to the health sector, particularly when those funds might not be available for other sectors and where they might in fact create greater health benefit (for example, in improving social assistance rates or maintaining safe highways). On the other hand, there is nothing magic about a particular level of spending for health; if society believes health to be a priority, then why not spend ten, eleven, twelve or more percent of GNP on health care?

On the other hand, there are strong arguments for reallocating the existing health budget. One is that health already receives a large enough slice of the pie, and that to continue to find new funds for health merely perpetuates the existing inefficient system. A commitment to shift, for example, 0.5 percent of the health budget annually for five years from the treatment to the health promotion sector would create strong pressures for more efficient use of existing dollars while roughly doubling the size of the health promotion/public health sector over a period sufficient to allow adequate planning and training. This could usefully be accompanied by a commitment to refuse to fund new treatment programs that did not include a health promotion/disease prevention component intended to reduce the need for treatment.

At the same time, we must avoid falling into the trap of seeing health promotion simply as a way of cutting the costs of our sick-care system. While health promotion may save money in the long-term, it should not stop us taking steps to save a great deal of money right now by ensuring that the system is run in the most cost-effective manner. Health promotion should be carried out because it is good for people's health and quality of life, not because it cuts costs.

b) Defining Roles

The allocation or reallocation of funds for health promotion and disease prevention will have to be accompanied by a definition of roles. There is already evidence that the hospital sector is beginning to see a role for itself in health promotion, in part no doubt because of a recognition of the validity of health promotion and in part, no doubt, because it recognizes the potential for a new source of funding. However, I believe there are three strong reasons why hospitals should not as a general rule be in the health promotion business. By their very nature they will tend to:

- institutionalize;
- medicalize; and
- individualize health promotion.

This is to be expected from an organization that is institutionally oriented, based upon a medical model and accustomed to dealing with individuals and their personal health problems. It does however run counter to the community oriented, health based, group/collective philosophy of health promotion.

This is not to argue that hospitals should not be involved in health promotion and disease prevention; however, I would argue that the role of hospitals is first and foremost to be good at diagnosing, treating and caring for illness, and that this is what they should focus upon. Certain preventive measures, primarily of a screening or secondary prevention nature, may well be suitable for hospital programs, but the broader health promotion and primary prevention programs should not be hospital-based.

One can make a similar argument about the role of physicians, who also in my opinion should not primarily be in the business of health promotion. In addition to the tendency to individualize and medicalize which is a result of their training and professional preparation, they are also the most expensive deliverers of health services. A medical degree is not necessary for the vast majority of health promotion and disease prevention measures, which can be equally well carried out by other health professionals, practitioners from non-health fields or community members. Using physicians will generally be a much less cost-effective approach.

In short, health promotion and disease prevention roles must be clearly defined, and should utilize the least expensive and most effective personnel available. Generally these will be found among the public health and non-health sectors, as well as in the voluntary sector.

c) Knowledge Development for Health Promotion

As I indicated earlier, health promotion is a new field, and we lack knowledge in conceptual and theoretical developments, in research, and in experience of application. If a field is to develop, knowledge development is essential. This has been well recognized by Health and Welfare Canada, which "takes the view that the development of knowledge concerning the (health promotion) framework's ideas should be accorded high priority, in order to give shape and focus to health promotion, and to facilitate the

use of the framework." (Rootman, 1988)

Knowledge development is understood by Rootman to have two components:

- knowledge dissemination or the sharing of existing knowledge and
- research, or adding to the existing knowledge base.

Knowledge dissemination includes the publishing of reports, the sponsoring of seminars and workshops, the building of networks, the modifying of curriculum and the organizing of ad hoc training. Research includes literature reviews, community action studies, data collection and analysis, research projects, and the development of innovative methods and qualitative approaches to research. It is clearly understood that knowledge development for health promotion must be multidisciplinary in nature.

The results of a working group on health promotion research established by Health and Welfare Canada of which I was a member, and of a workshop on health promotion knowledge development in Toronto (one of a series organized by Health and Welfare Canada across the country) indicate common concerns with knowledge development that are consistent with Rootman's views. The results of the workgroup and the workshop can be summarized as follows:

- i) There is a need to legitimize and support new research approaches that are multidisciplinary, involve community action, develop new methodologies and new indicators and that include qualitative, community-based and action research approaches.
- ii) Expand the network of researchers to include those in areas that are not conventionally considered to be health (such as environmental policy, urban planning, social welfare policy, community development, etc.) and strengthen the links between researchers and the community, including practitioners in the community trying to apply health promotion and the results of health promotion research; this means a greater emphasis on action research methods.
- iii) Strengthen and develop the infrastructure for health promotion research, including such mechanisms as:
 - establish an autonomous research funding foundation for health promotion;

- NHRDP should establish a strategic grants program (analogous to the SSHRC program for gerontology) that includes career development awards, fellowships, standards of excellence, etc.;
- establish regional health promotion centres and a network of centres of excellence;
- ensure that the criteria for soliciting and judging health promotion research is appropriate to health promotion.

From this plethora of ideas, I would like to particularly emphasize the need for research funds dedicated specifically to health promotion and/or a strategic grants program; without specific, dedicated, long-term funding, health promotion research will languish.

d) Education and Training for Health Promotion

As a new area of activity, health promotion requires new skills for its practitioners. In particular, these new skills include the ability to work in multidisciplinary teams and to understand and address health problems holistically or in a socio-ecological manner and the need for community development skills. Training programs need to be established at the undergraduate and graduate levels appropriate to these new skill demands. In addition, undergraduate programs that train existing community health professions and related community practitioners may need to expand to meet the growing demands for such people that will result from increased funding for health promotion. The knowledge development strategy will require programs to train people at the graduate level, again in a broad set of disciplines and fields relevant to the multidisciplinary nature of health promotion.

It will be equally, if not more important, to ensure that existing health practitioners, particularly in the public health field, are adequately trained in the new skills and knowledge of health promotion. This will require support for staff in making the transition from a more traditional style of public health practice to the new, more community development style of health promotion; such support should include summer schools, certificate and diploma programs as well as workshops and seminars.

Finally, education and training in health promotion must not be limited to health and other professions and practitioners. Programs of community education and training will be required to enable people to develop the skills necessary to participate actively in personal and community action for health promotion; some of the most effective

health promotion is likely to come from the mutual aid and self-help activities of the community and voluntary sector, and they must be fully supported in their development through community education and training programs. Such groups as the Canadian Association for Adult Education, the YM/WCA and many other organizations should be involved as key partners in community education and training for health promotion.

e) National Centre(s) of Excellence

The research, education and training agendas that are fundamental to health promotion would probably be best served by the establishment of one or more "national centres of excellence". Whether or not these "centres of excellence" should be established as schools of public health is a matter of great debate at present. According to Terris (1982);

"The term "school of public health" clearly excludes departments of preventive, social or community medicine which are part of, and subordinate to, medical schools. A school of public health is by definition an independent graduate school...schools of public health educate individuals to become members of the public health profession, a group which is quite distinct from the medical, nursing and health practitioners educated in their own professional schools."

This view has recently been strongly supported by Professor John Last, an eminent professor of public health at the University of Ottawa and scientific editor of the Canadian Journal of Public Health. In his view:

"In so far as centres of all round excellence in public health can be identified in the world, we have none at all in Canada."

He concurs with Terris that:

"Public health is too important to be entrusted to Deans of medical schools. No matter how sincerely Deans may promise to preserve and strengthen basic and applied science departments...experience has repeatedly shown that when budgets are tight, these aspects of medical school activity are extremely vulnerable." (Last, 1988a)

In a subsequent editorial, Last further commented that:

"The innovative approaches of the modern health promotion movement, especially the multisectoral involvement of disciplines that traditionally have had no contact whatsoever with medicine, require a completely new kind of academic base from which to conduct research as well as to educate the battalions of recruits necessary to engage effectively in health promotion."

Professor Last proposes that we need at least one national centre of excellence or school of public health, which should be established independently of a medical faculty. He also commends:

"a uniquely Canadian concept of a "centre of excellence" that would in actuality be a network, preferably nationwide, embracing experts in pertinent fields in any post secondary educational institution in the country." (Last, 1988b)

While it would be premature to define precisely what a national centre of excellence in health promotion should look like, the need for such a centre is clear, and the commitment to establishing such a centre (or network of centres) is an urgent priority.

Healthy Public Policy

The concept of healthy public policy, as already indicated, is fundamental to health promotion and underpins the other health promotion strategies. It features prominently in the Ottawa Charter for Health Promotion, in Health and Welfare Canada's Health Promotion Framework and in the Health Goals proposed by the Spasoff Committee; it first received extensive public discussion at the 1984 "Beyond Health Care" conference in Toronto, which was co-sponsored by the City of Toronto Board of Health, the Canadian Public Health Association and Health and Welfare Canada (Beyond Health Care, 1985). Since then, in the guise of "intersectoral action for health" it has been the subject of technical discussions at the World Health Assembly in 1987, a symposium at Yale University, an extensive literature review funded by the Health Promotion Directorate and NHRDP and carried out by faculty and students at the Division of Community Health, University of Toronto and, most importantly, it was the subject of the Second International Conference on Health Promotion in Adelaide in April 1988, where it was defined as:

"Characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and an accountability for health impact. The main aim of healthy public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives." (WHO, 1988)

The principle behind healthy public policy is a simple one: many of the major determinants of health and disease lie outside (or beyond) the jurisdiction of the health sector. While it is important to avoid the danger of "healthism" (viewing health as "the ultimate goal incorporating all life" which "could lead to others prescribing what individuals should do for themselves and how they should behave..." (WHO, 1984) and while the danger exists of other sectors viewing health's encroachment into their affairs as empire building, it is nonetheless important to put health on other people's agendas, and to ensure that "as much attention should be paid to health as to economic considerations" (WHO, 1988) in making decisions.

A few examples will make the point.

a) Health inequalities and social inequities

The relationship between poverty and ill health is clear and well documented (Wilkins & Adams, 1983; Shah, Kahan and Krauser, 1987); indeed, reducing inequities in health was identified as the first challenge in Health and Welfare's Health Promotion Framework and in the Spasoff Health Goals report as well as being a central focus of discussion at the Adelaide Conference on Healthy Public Policy. That conference declaration also made it clear that "inequalities in health are rooted in inequities in society. Closing the health gap between the socially and educationally disadvantaged and the more advantaged in society necessitates a policy that improves access to health enhancing goods and services, and creates supportive environments."

This means that we have to address hunger, homelessness, unemployment, poverty and illiteracy if we are to improve the health of those whose health is worst; this particularly applies to the poor health of native Canadians.

This salient fact has been recognized by the recent report of the Social Assistance Review Committee (SARC) in Ontario. It noted that:

"Many of the recommendations in this report are intended to improve the general financial position of social assistance recipients and the working poor. Their adoption may be the most important health measure that Ontario could introduce." (Emphasis added) (Social Assistance Review Committee, 1988)

To the extent that increased funding of the sick-care system reduces the possibility of finding funds to implement the SARC recommendations, the current campaign by the OMA to increase hospital funding may prove to be profoundly harmful to health!

b) Sustainable development & healthy environments

The ultimate determinant of our health and wellbeing is the state of our local, regional and ultimately global ecosystem. The health consequences of environmental degradation are profound; it was for this reason that, for the first time, WHO recognized in the Ottawa Charter that ecological stability and resource sustainability are prerequisites for good health. The importance of creating environments supportive of health is thus an important component of health promotion, both at the global level and at the local level. But the responsibility for creating healthy physical environments does not lie with the Ministry of Health; it lies with Ministries of Environment, with local governments, with urban planners, with industry and many others. These other sectors are not uninterested in health, but if they are to have health on their agenda and take health into account in their decision-making, the health sector must put it on their agenda; they will not do so without some prodding.

At present, there is an important "window of opportunity" to bring health, environment and sustainability questions together. The public has never been more aware of environmental problems and their health consequences, while for their part, many environmentalists and government staff have recognized that health is the way to "sell" environmental concerns. The creation of Roundtables in Environment and Economy, called for by the First Ministers in response to the report of the National Task Force on Environment and Economy (1987) provides an interesting parallel to the interest in health promotion now being shown by the First Ministers. Links between the two concepts may prove fruitful at the national and provincial levels, while at the local level, the "Healthy Communities" concept also provides an important opportunity to create links between health and environmental policy.

c) Food and agricultural policy

One of the areas of public policy that has attracted a great deal of attention from the health sector in recent years has been food and nutrition policy; a high proportion of preventable death and disease is believed to be diet-related, including heart disease, cancer, diabetes, obesity, dental caries and bowel disorders. But our diet is the product of our agricultural and food industries and their related ministries. For this reason, a number of countries and states have sought to develop comprehensive food and nutrition policies (Milio, 1987 ; Powles, 1987) and these efforts have even extended to the level of local government and communities (Haughton, 1987).

d) Structures and processes for healthy public policy

Healthy public policy will not just happen on its own. In addition to the political commitment and the capacity building identified by Milio (1987) it requires the establishment of high level multisectoral structures such as the Premier's Council on Health Strategy in Ontario. Similar structures also need to be established at the local level, and these are an integral part of any healthy city/healthy community project.

The report of the group of Canadians who attended the Adelaide Conference on Healthy Public Policy identified five key strategies for developing healthy public policy. These are:

- We need to search and research the field to know what is going on already and what we already know about healthy public policy; there is already a great deal of knowledge about the policy process and about the health implications of public policies. The knowledge base needs to be expanded, however.
- We need to spread the word, which means first of all understanding what people already know, understand and care about, particularly those who will have to develop and implement healthy public policy; they have to be ready to do so.
- We need to find our allies beyond the conventional health field, at the community level, among other professions and within government.

- We need to establish formal and informal governmental and non-governmental processes of dialogue and consultation such as the concept of Roundtables on Environment and Economy.
- We need "proof of concept" projects at local, provincial and federal level in areas such as social assistance and health, sustainable development and health, healthy communities, education and literacy for health, food and nutrition, etc.

The challenge, I submit, is no longer to define and debate the merits of healthy public policy; the challenge is to identify the health impacts of current and possible alternative policies and to develop, implement and evaluate healthy public policies at all levels of government.

Strengthening Community Action

If health promotion is taken seriously as "the process of enabling people to increase control over and improve their health", then this must be seen as both a personal and a collective process; there are limits to what individuals acting alone can achieve, but people acting in groups may achieve much more control over their health and the conditions which determine their health. For this reason, the rhetoric of community action has to be taken seriously. Becoming empowered, having more control over health and its determinants, is good for health. But we must recognize that we cannot empower people; we can facilitate their empowerment, and that may mean getting out of their way while providing the resources that enable them to make their own decisions and, if necessary, their own mistakes.

Strengthening community action is seen as important not only in the Ottawa Charter but in the federal Framework for Health Promotion, where it masquerades as mutual support and public participation and perhaps also as strengthening community health services. However, as a recent national consultation process funded by Health and Welfare Canada and organized by the Canadian Public Health Association and its provincial branches discovered, strengthening community health means strengthening community (CPHA, 1987); a point that was also stressed by the report of the Podborski Committee in Ontario. This latter report found that the community was ready, willing and able to undertake health promotion activities; indeed, the community was more prepared than the government, and was looking for government recognition and support to get going.

For me, strengthening community action for health has three distinct meanings: strengthening the community health sector and community control over its health system; strengthening community control over other health determinants and strengthening mutual aid, self-help and other informal community support systems.

a) Strengthening the community health sector

Strengthening the community health sector will require shifting resources from the institutional to the community sector. This is distinct from the earlier proposal to increase funding of health promotion and disease prevention by shifting funding from the care sector; here we are concerned not only with strengthening health promotion and disease prevention services in the community but with shifting resources for diagnosis, treatment and care from the institution into the community, a recommendation that has been a centrepiece of virtually every report on the health system for several decades and that has largely been ignored.

Strengthening community control over the health sector has also been a consistent recommendation, most recently in the CPHA report on strengthening community health, which found that "the strongest consensus emerging from the consultation workshops focussed on the issue of ownership and control of community health services." If communities are to gain a better understanding of their health problems and how to deal with them, they must have the power and authority to address community health problems at the community level. This requires a commitment to decentralizing the management and control of the health care system.

Clearly, this cannot happen over night, nor can we expect to move towards the degree of decentralization to be found in the Nordic countries, desirable though that might be, because our social and political traditions are so different. (For one thing, local county councils have taxing power, which is unlikely here.) However, it is sobering to look at a country like Finland, with its 4 million population, and to learn that the Health Directorate of the Ministry of Social Affairs consists of only 15 staff while the National Board of Health, responsible for national health planning and for regulation of the health professions, has only 200 staff; everything else is decentralized! It is time for at least one government to make a clear commitment to a phased long-term process of decentralizing management and control of its health care system, giving funding authority to locally accountable bodies operating within central government parameters and frameworks. As a start, several alternative systems should

be set up and allowed to operate so that we can learn from them. And who knows, maybe central governments might actually find it is pleasurable to let go, and local communities might find it is empowering to take charge!

b) Strengthening community control

While taking control over the local health care system is an important process of empowerment for communities, it is not by itself a sufficient process. Community action needs to be strengthened not only in terms of local control over its health care system but in terms of local control more generally; if it makes sense to decentralize management and control of the health care system, we should also be looking at other areas of public activity where it may make sense to decentralize management and control functions. This is what is meant by public participation; not merely the ability to turn up and vote once in a while, but to be actively involved in managing one's local circumstances.

In short, what this calls for is a process of empowerment of individuals and communities, the fostering of public participation and an enhancement of citizenship skills. For those on the political left, this amounts to "power to the people"; to those on the right it is "self reliance", or "getting government off the backs of the people". In either event, all are surely agreed that enhancing democratic participation and citizenship skills is beneficial; if it is also good for health, who could possibly object?

c) Strengthening community support

While strengthening community control has obvious political implications in that it argues in favour of a decentralization of democracy and speaks to the community's formal organization and structure, strengthening community support speaks to the informal aspect of community; the plethora of community organizations and groups concerned in one way or another with mutual aid, self-help and social support activities, sometimes organized specifically around health issues, but often around a whole host of social, environmental and other issues. Alison Watt and Sue Rodmell have referred to the health component of this as the "community health movement" and have described three elements: self-help groups that address specific health problems; community health groups that address social, environmental and other issues that affect health and well-being at the local level; and community development health projects, in which paid community health workers operate at the neighbourhood level to assist residents "to identify their health needs and interests and to organize themselves collectively to attempt to get these needs met." (Watt &

Rodmell, 1988) These projects are often concerned with assisting low-income neighbourhoods address issues of "basic health", (food, shelter, work, education, income, a clean and safe environment) and may include community economic development projects, self-help groups and mutual aid and support strategies.

The key strategy for those in government to accept is that the people who best understand the issues and problems are those who are experiencing them. Given the resources and appropriate facilitative help, they are also the best equipped to deal with the problem. We should recall the words of John McKnight (1985), an experienced and thoughtful community worker from Chicago:

"...it is impossible to produce health among the powerless. It is possible to allow health by transferring tools, authority, budgets and income to those with the malady of powerlessness."

d) Healthy communities

One important health promotion action project which attempts to bring together all of these ideas is the healthy communities or healthy cities project. An idea that began in Toronto and was picked up and turned into a major European WHO project by Ilona Kickbusch, (Hancock, 1987) this project now has a national office at the Canadian Institute of Planners; it is co-sponsored by the Canadian Public Health Association and the Federal of Canadian Municipalities with funding from Health and Welfare Canada. Communities "from sea to shining sea" - literally from Dartmouth to right here in Victoria - are involved in this project; communities as small as the 3,000 people of Montmagny in Quebec or as large as the 600,000 people of the City of Toronto.

The project is founded upon the premise that health promotion requires local action and that the smallest unit of government, local government, not only has many of the resources and skills to make a more healthy community but is closer to and more attuned to the needs of its local citizens. For this reason and also because local government is smaller and the policy milieu is more intimate, healthy public policy may be easier to develop and implement at the local level.

What the project does, in essence, is to challenge every local government in Canada to look at how it can become a more healthy community. This entails multisectoral collaboration not only within local government but between

government, the private and voluntary sector and community organizations; it means taking health into account in making public policy decisions at the local level; it means addressing the physical and social environments of the community so as to ensure they support health; of course, it means strengthening the community's participation and involvement in actions that affect health; it means developing personal skills for health through boards of education and other instruments of local government; and finally, to the extent that local governments in Canada are involved in the health system, it means reorienting that health system.

The healthy cities/communities project is only three years old in Europe and less than a year old in Canada, so it is a little premature to identify specific results. However, the project has been greeted with great enthusiasm in literally hundreds of cities, towns and villages throughout Europe, North America and Australia, and has put health on the agenda of local governments in a way that it has not been since the 19th century. People everywhere are finding the project attractive, exciting and involving. For example, in Rouyn-Noranda, a community of 30,000 people in Quebec and the first community in Canada to declare itself a healthy community, five thousand school children and nearly 1,000 adults have been involved in discussions on how to make their town more healthy, and are now becoming involved in projects designed to do just that. For example, among the six priorities identified by the community are the development of environmental clean-up projects by children, the creation of neighbourhood action committees and the development of recreational programs for adolescents.

In Toronto, City Council recently unanimously approved a major report - Healthy Toronto 2000 - which identifies a set of health goals for the city which include reducing inequities in health opportunities, creating physical and social environments supportive of health, and advocating for a community-based health services system (Board of Health, 1988); a multi-departmental workgroup is now working to develop a city-wide process focussing on the twin themes of social equity and urban ecosystem management.

In Edmonton, the Board of Health was also quick off the mark; community consultation and a report on health helped to identify priority areas for action including heart health and other programs. Meanwhile, here in Victoria, so I am informed, both the regional and some of the local municipalities are working on "Healthy 2000" strategies, a public symposium is planned and regional Departments are beginning to define health outcomes for their programs.

In addition to the national project, a healthy communities project - Villes et Villages en Sante - has been established in Quebec and already involves fifteen communities, while in Ontario a coalition of six provincial associations including planners, landscape architects, conservationists, municipalities and public health is preparing a healthy communities project. Since the healthy communities project has clearly struck a very responsive chord among communities across Canada, it presents an opportunity for provincial governments to indicate their commitment to health promotion and the strengthening of community action by promoting and funding both provincial and local healthy community projects.

(The national and Ontario projects illustrate another important principle of health promotion and healthy public policy, namely the identification and recruitment of new partners, in this case planners, local governments, environmentalists and landscape architects.)

Developing Personal Skills

This area has received a great deal of attention in the past ten or fifteen years, but chiefly in the form of increasing knowledge, changing attitudes and behaviours with respect to preventive and risk behaviours. While those skills are not unimportant, and should continue to receive attention, it should be clear by now that the skills required for health promotion, both by practitioners and by the public, are very different from traditional behavioural change skills.

Health professionals, both those already in the field and those being trained, need skills in community development, in coalition building, in networking, in advocacy, in mutual support group facilitation, in the facilitation of empowerment and in the use of the media.

The public needs first of all a set of basic subsistence skills fundamental to health, which can be loosely grouped under the heading of literacy and daily living skills; these have to be acquired in school, or if necessary in remedial programs or programs for new immigrants. Those who lack literacy and basic daily living skills will have trouble finding and keeping a job, making healthy choices and avoiding health hazards. Their sense of self-esteem is likely to be low and, in short, their health will be at risk.

Beyond basic skills for health, people need skills in working together in groups, in mutual support processes, in community action, in participation in the democratic process and in the life and politics of their communities. These skills are

fundamental to health, since they are fundamental to the process of enabling people to increase control over and improve their health.

Clearly, developing these sorts of skills is not the mandate or responsibility of Ministries of Health, but of Ministries of Education, of Citizenship, of Culture, of municipal Boards of Health, Boards of Education, Departments of Recreation, voluntary agencies and so on. They too are partners for health.

CONCLUSION

To return to my earlier remarks, what health promotion needs most of all if the rhetoric is to be turned into action is the understanding, acceptance and commitment of the political and bureaucratic health leadership sitting in this hall today. This conference is indeed evidence of interest at the highest levels; but interest is not enough. Health promotion will lose credibility, and indeed Ministries of Health and the health community will lose credibility if the rhetoric is not followed soon by action. That action requires finding new partners for health and putting health on other people's agendas, because the health sector alone cannot achieve health for all. It also requires the establishment of an infrastructure and the building of a capacity for health promotion; the development of structures and processes for, and the testing and implementation of healthy public policies; the strengthening of community action and the encouragement of the attainment of personal skills for health so that people can truly increase control over and improve their health. Only thus will we achieve health for all.

REFERENCES

Beyond Health Care (1985) Proceedings of a Working Conference on Healthy Public Policy. Can. J. Public Health 76 (Supp 1) 1-104.

Board of Health (1988) Healthy Toronto 2000, Toronto, Board of Health for the City of Toronto.

CPHA (1987) Strengthening Community Health Means Strengthening Community. Ottawa, Canadian Public Health Association.

Commission d'Enquete sur les Services de Sante et les Services Sociaux (Rochon Commission) (1987) Summary of the Report. Quebec, Gouvernement du Quebec.

Conseil des Affaires Sociales et de la Famille (1984) Objectif Sante. Quebec, CASF (Published in English as Objective: A Health Concept in Quebec. Ottawa, Canadian Hospital Association, 1986).

Frank, Johann Peter (1976) A Complete System of Medical Policy (Ed. & transl. Lesky, originally published 1786 - 1810) Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Hancock, Trevor (1987) Healthy Cities: The Canadian Project. Health Promotion 26(2) 2-4, 27.

Haughton, Betsy (1987) Developing Local Food Policies: One City's Experience. J. Public Health Policy 8(2) 180-191.

Health and Welfare Canada (1974) A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report). Ottawa, Health and Welfare Canada.

Health and Welfare Canada (1986) Achieving Health For All. Ottawa, Health and Welfare Canada.

Labonte, Ron and Penfold, Susan (1981) Canadian Perspectives in Health Promotion: A Critique Health Promotion, (20) 4-9.

Last, John (1988a) The Future Need for Schools of Public Health in Canada. Can. J. Public Health 79(4) 219-220.

Last, John (1988b) The Future of Higher Education for Public Health - 2. Can. J. Public Health 79(6) 411-2.

McKnight, John (1985) Health and Empowerment. Can. J. Public Health 76(Suppl 1) 37-8.

Milio, Nancy (1987) Healthy Public Policy: Issues and Scenario in Proceedings: Yale Symposium on Healthy Public Policy. New Haven CT. Yale University (Mimeo).

Ministers Advisory Group on Health Promotion (1987) Community Health Matters in Ontario (Podborski Report) Toronto, Ministry of Health.

National Task Force on Environment and Economy (1987) Report. Ottawa, Canadian Council of Resource and Environment Ministers.

Ontario Health Review Panel (1987) Toward a Shared Direction for Health in Ontario. (Evans Report) Toronto, Government of Ontario.

Panel on Health Goals for Ontario (1987) Health For All Ontario (Spasoff Report) Toronto, Ministry of Health.

Powles, John (1987) Victoria's Food and Nutrition Policy Health Promotion 2(3), 234-242

Rootman, Irving (1988) Knowledge Development: A Challenge for Health Promotion. Health Promotion 27(2) 2-4.

Shah, Chan; Kahan, M and Krauser, John (1987) The Health of Children of Low-Income Families. Can. Med. Assoc. J. 137, 485-90.

Social Assistance Review Committee (1988) Transitions. (Summary). Toronto, Ontario Ministry of Community & Social Services.

Terris, Milton (1982) The World Need for Schools of Public Health J. Public Health Policy 3(2) 111-116.

U.S. Surgeon General (1979) Healthy People Washington, D.C. Department of Health, Education & Welfare.

U.S. Surgeon General (1980) Objectives for the Nation Washington, D.C., Department of Health and Human Services.

Watt, Alison & Rodmell, Sue (1988) Community Involvement in Health Promotion: Progress or Panacea? Health Promotion 2(4) 359-368.

Wilkin, Russ & Adams, Owen (1983) The Healthfulness of Life. Ottawa, Institute for Research on Public Policy.

WHO (1984) Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts & Principles. Copenhagen, WHO Europe.

WHO (1985) Targets for Health For All. Copenhagen, WHO Europe.

WHO (1986) The Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Europe.

WHO (1988) Healthy Public Policy: The Adelaide Recommendations. Copenhagen, WHO Europe.

DOCUMENT: 860-236/006

TRADUCTION DU SECRÉTARIAT

CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

La promotion de la santé:
De la rhétorique à la pratique

Dr. Trevor Hancock



VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

D^r TREVOR HANCOCK

Expert-conseil en matière
de santé publique

28, rue Napier, B.P. 428
Kleinburg (Ontario)
Canada L0J 1C0
Tél. : (416) 893-2808

LA PROMOTION DE LA SANTÉ :

De la rhétorique à la pratique

Colloque national sur la promotion de la santé
et la prévention des maladies
Victoria (C.-B.)

Le 14 mars 1989

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU

DE LA RHÉTORIQUE À LA PRATIQUE

Compréhension et reconnaissance

- a) Les limites des services de traitement des maladies
- b) Les objectifs en matière de santé

Infrastructure et capacité

- a) Financement
- b) Définition des rôles
- c) Acquisition de connaissances en vue de la promotion de la santé
- d) Éducation et formation en vue de la promotion de la santé
- e) Centres nationaux de haut savoir

Politique axée sur la santé de la population

- a) Les inégalités en matière de santé et les injustices sociales
- b) Développement économique durable et environnements sains
- c) Politique agricole et alimentaire
- d) Structures et processus en vue d'une politique axée sur la santé de la population

Renforcer l'action communautaire

- a) Renforcer le secteur des services de santé communautaire
- b) Accroître la haute main des communautés sur la santé
- c) Renforcer l'appui communautaire
- d) Pour des communautés en bonne santé

Acquisition d'aptitudes personnelles

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Je me propose ce matin d'exposer les mesures qui doivent être prises afin que des orientations, des plans et des programmes qui visent la promotion de la santé soient mis en vigueur. Mon exposé s'inscrit donc dans le contexte des initiatives coordonnées prises à l'échelle nationale en matière de planification et qui sont le point de mire du présent colloque. Je traiterai également de la nécessité de voir à ce que l'intérêt que nous portons actuellement au traitement des maladies atteigne un juste équilibre.

Je m'adresse essentiellement à vous en tant que médecin oeuvrant dans le domaine de la promotion de la santé depuis les dix dernières années, principalement au sein des gouvernements municipaux. Dans le cadre des projets de villes et de communautés en santé qui sont apparus partout en Europe et en Amérique du Nord, j'ai contribué à l'élaboration d'orientations en matière de santé, à l'étude des répercussions sur la santé des questions environnementales ainsi qu'à la promotion d'activités de développement des localités. Je m'adresse également à vous en tant qu'expert-conseil et universitaire qui possède une expérience nationale et internationale de ces questions. Afin de contrebalancer ma perspective nécessairement ontarienne de la question, j'ai recueilli les conseils et les points de vue de collègues, actuellement dans l'assistance, répartis partout au Canada au cours de la préparation de mon exposé. Je les en remercie.

APERÇU

Je tiendrai pour acquis que la plupart des personnes de l'assistance connaissent bien les concepts généraux de la promotion de la santé et de la politique relative à la santé. Je passerai donc brièvement en revue ces questions.

La promotion de la santé constitue un phénomène social très récent, bien que son origine remonte au premier mouvement en faveur de la santé publique au cours du XIX^e siècle, et plus récemment au rapport intitulé Nouvelle perspective de la santé des Canadiens rendu public par Santé et Bien-être social Canada en 1974. Dans ce rapport d'une importance capitale, le gouvernement reconnaissait pour la première fois que les services de santé n'étaient pas les principaux instruments qui permettaient d'améliorer la santé du public. Pendant la majeure partie du reste de la décennie, le but était de modifier les comportements et les modes de vie personnels qui, croyait-on, ne contribuaient pas à une bonne santé. Au début des années 80, de plus en plus de gens ont commencé à se rendre compte que cette méthode présentait des limites inhérentes et c'est pour cette raison que nous nous sommes tournés vers les facteurs économiques et sociaux-environnementaux plus généraux qui régissent les comportements personnels (Labonté et Penfold, 1981).

Comme il est maintenant bien connu, ce type de raisonnement était adopté au Canada et en Europe, et la tenue de la première conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa, en 1986, n'était pas une coïncidence. Au cours de cette conférence, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé (OMS, 1986) a été adoptée et le rapport intitulé La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé a été rendu public (Santé et Bien-être social Canada, 1986). Les deux documents ont une définition identique de la promotion de la santé :

Le processus permettant aux gens de mieux régir et d'améliorer leur santé. (OMS, 1984)

Depuis, la promotion de la santé a rapidement occupé une place importante, non seulement à l'échelle internationale et nationale, mais encore à l'échelle provinciale et régionale. Les travaux du comité spécial de la santé du parlement de la Nouvelle-Écosse, de la Commission d'enquête Rochon au Québec (1987), les rapports Evans (Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, 1987), Spasoff (Groupe d'étude de l'Ontario sur les objectifs de santé, 1987) et Podborski (Groupe consultatif ministériel, 1987) ainsi que d'autres commissions ou rapports de provinces canadiennes ont accordé une place importante au concept de la promotion de la santé.

Toutefois, malgré l'essor rapide et fructueux de la promotion de la santé, concept dont l'heure était venue, certains problèmes ont surgi :

- a) Les concepts de la promotion de la santé ont été élaborés par un petit nombre de personnes. La promotion de la santé n'a pas encore obtenu ses lettres de noblesse auprès des professionnels de la santé, des hommes politiques, des médias ou du public. (Par contre, la popularité du projet de communautés en santé décrit ultérieurement en tant qu'exemple de promotion de la santé et d'orientation visant à favoriser un public en santé au niveau régional témoigne de l'intérêt manifesté par le public.)
- b) Les ressources consacrées à la promotion de la santé n'ont pas suivi l'essor du concept.
- c) On ne possède que quelques exemples d'orientations, de plans et de programmes dans ce domaine, car on n'a pas joui de suffisamment de temps pour les élaborer et les mettre en vigueur et, surtout, parce que nous n'avons pas eu le temps de tirer la leçon de nos erreurs.

- d) La promotion de la santé et l'orientation en matière de santé du public sont des processus qui s'échellonnent sur une longue période. En effet, la politique axée sur la santé de la population doit être considérée comme un mécanisme d'apprentissage social à long terme (Milio, 1987). Ces processus ne procurent ni la satisfaction personnelle instantanée ni la faveur des médias qu'ont les pontages et les greffes de rein, bien qu'il soit probable que leur incidence à long terme sur la santé du public soit considérablement supérieure à celle des technologies de pointe (et onéreuses) et biomédicales.

Cela signifie que la promotion de la santé devra être soigneusement cultivée si nous voulons qu'elle fleurisse, comme j'estime qu'elle le doit. Ainsi, je traiterai d'abord des questions qui se rattachent à l'essor de la promotion de la santé avant d'exposer trois stratégies dans lesquelles des mesures doivent être prises : l'élaboration d'orientations qui visent à promouvoir la santé au sein du public, le renforcement des mesures prises au sein des localités et l'acquisition d'aptitudes personnelles.

DE LA RHÉTORIQUE À LA PRATIQUE

Alors que l'élaboration conceptuelle de la promotion de la santé et que son acceptation au sein d'un réseau relativement limité a été rapide, il est réellement nécessaire d'appuyer rapidement la rhétorique par des politiques et des programmes significatifs et de renforcer l'éventuelle percée de la promotion de la santé dans la compréhension générale de la société en ce qui concerne la santé.

Tout d'abord, il faut que la population en général et les fonctionnaires de tous les ordres de gouvernement reconnaissent les répercussions de la promotion de la santé sur les orientations, les plans et les programmes et en possèdent une connaissance plus approfondie. Il convient d'élaborer de vastes objectifs en matière de santé qui auront une incidence sur les concepts de la promotion de la santé. En outre, nous devons nous engager à recueillir les fonds, à créer l'infrastructure et la capacité de réaliser des activités dans le domaine de la promotion de la santé, et nous devons être prêts à réaffecter des ressources et à définir clairement les rôles au sein du secteur de la santé.

Par surcroît, nous devons élaborer, mettre en vigueur et analyser des orientations favorisant l'existence d'un public sain à tous les ordres de gouvernement, nous devons examiner les répercussions des orientations actuelles sur la santé, et nous

devons élaborer et proposer des orientations de rechange bien étayées et qui mettent encore plus l'accent sur la promotion de la santé.

Enfin, nous devons renforcer l'aptitude de la communauté à jouer un rôle plus important dans le domaine de la santé en leur en donnant la possibilité et, enfin, il convient d'aider les gens à acquérir les aptitudes qui leur permettront des prendre des mesures personnelles ou sociales afin d'améliorer leur santé.

Compréhension et reconnaissance

La promotion de la santé n'est pas une idée saugrenue ou radicale. Il ne s'agit encore moins d'une idée récente. Les auteurs du rapport Lalonde n'ont rien inventé lorsqu'ils ont reconnu que la santé résulte des mesures prises par la société dans son ensemble ainsi que par les nombreux secteurs qui la composent et qui visent à favoriser les facteurs sociaux et environnementaux dont dépend une bonne santé. On peut remonter au mouvement pour la santé du XIX^e siècle, à Johann Peter Frank au XVIII^e siècle (Frank, 1976) ou même à Hippocrate il y a deux mille cinq cent ans.

Toutefois, la promotion de la santé remet vraiment en question l'hypothèse adoptée depuis quelque cinquante ans ou plus et selon laquelle les services de santé (que nous devrions plutôt correctement appeler les services de traitement des maladies) sont le principal facteur déterminant de la santé.

a) Les limites des services de traitement des maladies

Notre système actuel est un gouffre de ressources financières et humaines et d'énergie personnelle. Mais aussi bon soit-il, cela ne suffit pas. Il ne sera pas facile d'accepter ce fait, mais il le faut car c'est vital. Ce ne sera pas aisé car accepter ce fait, c'est reconnaître les limites, de nature biologique, éthique et financière, de nos services de traitement des maladies et de l'idéologie sur lesquels ils reposent. Elles sont de nature biologique car nous ne pouvons à long terme vaincre la mort, seulement la reculer, et nous ne pouvons facilement remédier au ravage de l'indigence et des milieux défavorables grâce à la recherche biomédicale. Ces limites sont également de nature financière car il n'y aura jamais suffisamment d'argent pour tout exécuter ce que nous pourrions réaliser. Enfin, les services présentent des limites éthiques dans la mesure où même si nous avions les moyens de réaliser tout ce que nous pouvons faire, devrions nous le faire? Serait-ce la meilleure façon d'améliorer la santé?

Ce sont là des questions qu'il n'est pas facile de traiter et elles ne relèvent uniquement ni des professionnels de la santé ni des hommes politiques. La société doit regarder les choses en face, débattre des questions et les régler.

Ainsi, pour comprendre les répercussions de la promotion de la santé, il importe essentiellement d'accepter les réalités des limites que présente la biomédecine. Il faut donc que le grand public prenne connaissance de ces limites et que tous les secteurs de la société discutent de ces questions et trouvent des solutions appropriées. Notre rôle de chef de file, politique ou autre, consiste à engager cette discussion publique.

b) Les objectifs en matière de santé

L'un des moyens d'engager cette discussion et de reconnaître les nouvelles réalités de la promotion de la santé consiste à fixer des objectifs généraux en matière de santé. Ces objectifs témoignent d'un engagement sérieux à adopter une ligne de conduite générale à l'égard de la promotion de la santé. L'établissement d'objectifs de santé a été très utile aux États-Unis (Surgeon General, 1979, 1980), bien qu'ils aient quelque peu porté sur les aspects comportementaux, et en Europe où les 33 États membres de l'OMS se sont donnés comme objectif premier de réduire de 25 p. 100 les inégalités en matière de santé au sein de la région d'ici l'an 2000 (OMS, 1985). Qu'il soit réalisable ou non, cet objectif souligne très clairement les priorités et les orientations.

Le Québec (Conseil des affaires sociales, 1984), l'Ontario et, plus récemment, la Colombie-Britannique ont proposé des objectifs en matière de santé. Il y a quelques années, l'Association canadienne de santé publique a proposé un mécanisme de consultation provincial-régional ainsi que la tenue de conférences qui aboutiraient à l'établissement d'objectifs provinciaux, régionaux et finalement nationaux en matière de santé. Malheureusement, ce mécanisme n'a pas été retenu. Il demeure toutefois une étape importante, tant d'un point de vue symbolique que pragmatique. Il s'agit d'un mécanisme pragmatique car les objectifs qui l'accompagnent (qui pourraient être élaborés à l'échelle régionale, tel que proposé dans le rapport Spasoff) permettront de mesurer nos progrès et d'en rendre compte au grand public.

Infrastructure et capacité

Sans des ressources nouvelles et réaffectées et une nette définition des rôles, l'infrastructure et la capacité ne peuvent être créées. L'acquisition de connaissances et la formation dans le domaine de la promotion de la santé sont tributaires des ces facteurs. Il convient avant tout de veiller à ce que la Loi canadienne sur la santé reconnaisse la promotion de la santé et qu'elle la rende admissible au programme de partage des coûts avec le gouvernement fédéral.

a) Financement

La Loi canadienne sur la santé, qui, pour être plus précis, devrait s'intituler "Loi canadienne sur les garanties des méthodes médicales", ne prévoit aucune disposition relative à la santé publique et, par conséquent, à une bonne part de la promotion de la santé. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il s'agit d'une curieuse anomalie. Il est grand temps que le gouvernement du Canada reconnaisse que la santé publique et la promotion de la santé méritent d'être assujetties au programme de partage des coûts et qu'il modifie la Loi canadienne sur la santé ainsi que les accords fédéraux-provinciaux appropriés. Il serait même préférable que les gouvernements fédéral et provinciaux se réunissent et s'entendent sur une véritable loi canadienne sur la santé.

Les fonds actuellement consacrés à la promotion de la santé et à la santé publique sont nettement insuffisants. Les évaluations laissent entendre régulièrement que les budgets provinciaux de la santé consacrent environ 2 à 3 p. 100 des fonds à la promotion de la santé et à la santé publique. Des fonds additionnels peuvent provenir de l'une des sources suivantes :

- l'affectation de nouveaux fonds; ou
- la réaffectation de fonds au sein du budget actuel.

Ces deux possibilités présentent toutes deux des avantages et des inconvénients. D'aucuns pourraient soutenir que le budget de la santé est déjà suffisamment important et que des fonds additionnels ne devraient pas être versés au secteur de la santé, notamment lorsque ces fonds ne seraient plus disponibles pour d'autres secteurs et lorsqu'ils procureraient en fait plus d'avantages (par exemple, une amélioration des taux d'aide sociale ou l'entretien plus d'autoroutes sûres). Par contre, rien n'est sorcier : lorsqu'une société estime que la santé est une priorité, alors pourquoi ne pas y consacrer 10, 11, 12 p. 100 ou même plus du PNB?

D'autre part, la réaffectation des fonds du budget de la santé jouit de solides arguments. En effet, d'aucuns estiment que le secteur de la santé profite déjà d'une part suffisamment grande du gâteau et que de continuer d'y affecter de nouveaux fonds ne fait simplement que perpétuer l'existence d'un système inefficace. L'engagement d'affecter pendant cinq ans, par exemple, 0,5 p. 100 du budget annuel de la santé accordé au traitement des maladies à la promotion de la santé exercerait de fortes pressions en vue d'une utilisation plus efficace des fonds actuels tout en doublant plus ou moins l'importance du secteur de la promotion de la santé et de la santé publique au cours d'une période qui permettrait une planification et une formation correctes. Cette mesure pourrait être accompagnée d'un engagement à refuser de financer les nouveaux programmes de traitement qui ne comportent aucun élément de promotion de la santé et de prévention des maladies qui a pour but de réduire la nécessité de faire appel au traitement.

Du même coup, nous devons éviter de tomber dans le piège qui consiste à considérer la promotion de la santé comme un simple moyen de comprimer les coûts de notre système de traitement des maladies. Bien que la promotion de la santé puisse permettre d'économiser des fonds à long terme, elle ne devrait pas nous empêcher de prendre actuellement des mesures afin d'économiser des sommes importantes en veillant à ce que le système soit exploité de la manière la plus rentable. La promotion de la santé devrait être réalisée car elle contribue à la santé et à la qualité de la vie des gens et non parce qu'elle sabre les coûts.

b) Définition des rôles

L'affectation ou la réaffectation de fonds à la promotion de la santé et à la prévention des maladies devra s'accompagner d'une définition des rôles. Il est déjà certain que le secteur hospitalier commence à entrevoir le rôle qu'il pourrait jouer dans le domaine de la promotion de la santé, d'une part, en raison sans doute du fait que la validité de la promotion de la santé a été reconnue et, d'autre part, parce que ce secteur reconnaît sans doute l'existence d'une source éventuelle de fonds. Toutefois, je crois qu'il y a trois bonnes raisons pour lesquelles les hôpitaux ne devraient pas s'immiscer en règle générale dans le domaine de la promotion de la santé. En raison de leur nature même, les hôpitaux auront tendance à favoriser :

- une institutionnalisation;
- une médicalisation; et
- une individualisation de la promotion de la santé.

Cette tendance est tout à fait normale d'un secteur orienté vers l'institutionnalisation, fondé sur un modèle médical et habitué à traiter des individus et leurs problèmes de santé personnels. Cependant, cette attitude va à l'encontre de la philosophie de la promotion de la santé qui est orientée vers la communauté.

Ceci ne veut pas dire que les hôpitaux n'ont aucun rôle à jouer dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Cependant, j'affirmerais que le rôle des hôpitaux consiste en premier lieu à diagnostiquer, traiter et soigner les maladies d'excellente manière et qu'ils devraient concentrer leurs efforts dans ces domaines. Certaines mesures de prévention, principalement le dépistage et la prévention secondaire, peuvent très bien s'inscrire dans les programmes des hôpitaux, mais la responsabilité des vastes programmes de promotion de la santé et de prévention primaire ne devrait pas leur incomber.

On peut en affirmer autant en ce qui concerne le rôle des médecins qui, à mon avis, ne devraient pas se cantonner exclusivement au domaine de la promotion de la santé. En plus de la tendance vers une individualisation et une médicalisation qui résultent de leur formation professionnelle, leurs services sont les plus onéreux de tous ceux du domaine de la santé. Il n'est pas nécessaire de posséder un diplôme en médecine pour prendre la majeure partie des mesures dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, lesquelles peuvent très bien être exécutées par d'autres professionnels de la santé, des professionnels d'autres domaines ou des membres de la communauté. Il sera généralement bien moins rentable de faire appel aux médecins.

Bref, les rôles doivent être clairement définis en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies et on se doit de faire appel au personnel disponible qui est le moins onéreux et le plus efficace. En règle générale, on retrouvera ces personnes parmi les professionnels de la santé et d'autres domaines ainsi que parmi les bénévoles.

c) Acquisition de connaissances en vue de la promotion de la santé

Comme je l'ai déjà mentionné, la promotion de la santé est un nouveau domaine dans lequel l'élaboration conceptuelle et théorique, la recherche et l'application présentent des lacunes. Pour qu'un domaine connaisse un essor, l'acquisition de connaissances est essentielle. Les

fonctionnaires de Santé et Bien-être social Canada en sont fort bien conscients et sont d'avis que l'acquisition de connaissances relatives au cadre de la promotion de la santé doit être hautement prioritaire afin de donner corps à la promotion de la santé et de faciliter l'utilisation du cadre. (Rootman, 1988)

Selon Rootman, l'acquisition de connaissances comporte deux éléments :

- la diffusion de l'information ou encore le partage des connaissances actuelles; et
- la recherche ou l'enrichissement des connaissances actuelles.

La diffusion des connaissances comprend la publication de rapports, le parrainage de séminaires et d'ateliers, la création de réseaux, la modification des programmes et l'organisation d'une formation spéciale. La recherche englobe l'examen des ouvrages traitant de la question, les études sur les mesures prises dans les communautés, la collecte et l'analyse de données, les projets de recherche et la mise au point de méthodes nouvelles et de moyens qualitatifs de recherche. Il est clairement entendu que l'acquisition de connaissances en vue de la promotion de la santé doit être de nature pluridisciplinaire.

Les résultats d'un groupe de travail sur la recherche relative à la promotion de la santé, constitué par Santé et Bien-être social Canada et auquel j'ai eu l'honneur de participer, et d'un atelier sur l'acquisition de connaissances dans ce domaine (l'un d'une série d'ateliers organisés par Santé et Bien-être social Canada partout au pays), tenu à Toronto, indiquent que les préoccupations correspondent entièrement aux points de vue de Rootman. Ces résultats peuvent être résumés de la façon suivante :

- i) Reconnaître officiellement et appuyer les nouvelles méthodes de recherche qui sont de nature pluridisciplinaire, qui sont fondées sur l'action communautaire, qui permettent de mettre au point des méthodologies et des indicateurs nouveaux qui font appel à des méthodes qualitatives et fondées sur l'action communautaire.
- ii) Étendre le réseau de chercheurs afin d'y inclure ceux qui oeuvrent dans des disciplines qui ne relèvent pas habituellement du domaine de la santé (orientations environnementales, urbanisme, bien-être social, développement communautaire, etc.) et renforcer les

liens entre les chercheurs et la communauté, y compris entre les praticiens qui oeuvrent au sein de la communauté et qui tentent d'appliquer les principes de la promotion de la santé et les résultats de la recherche entreprise dans ce domaine. Ceci signifie qu'il faudra accorder plus d'intérêt aux méthodes de recherche dynamiques.

iii) Renforcer et améliorer l'infrastructure dont dépend la recherche dans le domaine de la promotion de la santé grâce aux moyens suivants :

- créer un fonds autonome de recherche consacré à la promotion de la santé;
- le PNRDS devrait créer un programme de subventions stratégiques (semblable à celui du CRSH pour la gérontologie) qui englobe des prix décernés pour la carrière, des bourses universitaires, des normes d'excellence, etc.;
- créer des centres régionaux de promotion de la santé et un réseau de centres de haut savoir; et
- veiller à ce que les critères de demande et de jugement relatifs à la recherche dans le domaine de la promotion de la santé sont pertinents.

À partir de cette pléthore d'idées, j'aimerais souligner vivement que des fonds de recherche doivent être consacrés tout particulièrement à la promotion de la santé ou à un programme de subventions stratégiques. Dépourvue d'un financement précis et à long terme qui témoigne d'un engagement, la promotion de la santé languira.

d) Éducation et formation en vue de la promotion de la santé

En tant que nouveau champ d'activité, la promotion de la santé exige de ses praticiens qu'ils possèdent de nouvelles aptitudes dont, entre autres, la capacité de travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires, de comprendre et de régler les problèmes de santé de manière holistique ou socio-écologique ainsi que de favoriser l'essor des communautés. Des programmes de formation axés sur ces nouvelles aptitudes doivent être créés dans les universités, à savoir au niveau du baccalauréat et des études supérieures. En outre, il est possible que les programmes d'études au niveau du baccalauréat qui forment les professionnels de la santé publique doivent s'étendre afin de répondre à la demande croissante de praticiens qui découlera de la hausse du financement consacré à la promotion de la santé. Afin de répondre aux objectifs de la stratégie

d'acquisition de connaissances, des programmes de formation devront être prévus au niveau des études supérieures et dans une vaste gamme de disciplines qui correspondent au caractère pluridisciplinaire de la promotion de la santé.

Il sera tout aussi important, voire essentiel, de veiller à ce que les praticiens de la santé actuels, notamment ceux de la santé publique, subissent une formation adéquate sur les nouvelles aptitudes et la promotion de la santé. La transition d'un mode plus traditionnel de santé publique à la promotion de la santé, qui est plus orientée vers le développement communautaire, nécessitera une certaine forme de soutien tel que par exemple des cours d'été, des programmes donnant droit à des certificats et des diplômes ainsi que des ateliers et des séminaires.

Enfin, les programmes d'éducation et de formation en matière de promotion de la santé ne doivent pas se limiter à la santé et à d'autres domaines. Il faudra prévoir des programmes de sensibilisation et de formation en milieux communautaires afin de permettre à la population d'acquérir les aptitudes qui lui permettront de participer activement, à titre individuel ou non, à la promotion de la santé. Les activités personnelles et d'entraide du secteur communautaire représenteront probablement les instruments parmi les plus efficaces de promotion de la santé, et elles doivent être solidement appuyées par des programmes de sensibilisation et de formation en milieu communautaire. Des organismes comme la Canadian Association for Adult Education, les YMCA, les YWCA et beaucoup d'autres organismes devraient être des partenaires clés dans ces programmes.

e) Centres nationaux de haut savoir

La création d'un ou plusieurs centres nationaux de haut savoir serait probablement la meilleure façon d'appuyer les programmes de recherche, de sensibilisation et de formation essentiels à la promotion de la santé. Un vaste débat fait actuellement rage en ce qui concerne la question qui consiste à savoir si ces centres de haut savoir devraient correspondre à des écoles de santé publique. Selon Terris (1982),

L'expression "école de santé publique" n'englobe strictement pas les sections de médecine préventive, sociale ou communautaire, qui relèvent des écoles de médecine. Par définition, une école de santé publique est une école indépendante des études supérieures. (...) Ces écoles forment des praticiens de la santé publique, à savoir un groupe professionnel entièrement distinct du corps médical, des infirmiers et infirmières ainsi que des praticiens de la santé qui sont issus de leurs propres écoles professionnelles. (traduction)

Le professeur John Last, éminent professeur de santé publique à l'Université d'Ottawa et rédacteur en chef scientifique de la Revue canadienne de santé publique, est d'avis que dans la mesure où des centres de haut savoir en matière de santé publique peuvent exister dans le monde, nous n'en possédons aucun au Canada. Il est également du même avis que Terris.

Le domaine de la santé publique est trop important pour être confié aux doyens des écoles de médecine. Quelle que soit la sincérité de leurs promesses de préserver et de renforcer les départements de science fondamentale et appliquée, (...) l'expérience a démontré à maintes reprises qu'en période de compression des budgets, ces activités des écoles de médecine sont extrêmement vulnérables. (Last, 1988a) (traduction)

Dans un éditorial ultérieur, le professeur Last a ajouté ce qui suit :

Les méthodes innovatrices du mouvement moderne de promotion de la santé, en particulier l'approche pluridisciplinaire qui, traditionnellement, n'avait aucun lien avec la médecine, requiert des fondements académiques entièrement nouveaux à partir desquels on pourra effectuer des recherches et instruire les légions de recrues qui sont nécessaires pour promouvoir efficacement la santé. (traduction)

Il ajoute que nous avons besoin d'au moins un centre national de haut savoir ou d'une école de santé publique qui ne devrait pas être rattaché à une faculté de médecine. Il recommande également l'existence :

(...) d'un concept purement canadien d'un centre de haut savoir qui correspondrait en réalité en un réseau, de préférence national, qui regrouperait des experts de disciplines pertinentes occupant des fonctions dans n'importe quel établissement d'éducation postsecondaire au pays. (Last, 1988b) (traduction)

Bien qu'il soit trop tôt pour définir avec précision la nature d'un centre national de haut savoir en matière de promotion de la santé, il est évident qu'un tel centre est nécessaire et que l'engagement de fonder un centre (ou un réseau de centres) est vraiment prioritaire.

Politique axée sur la santé de la population

Comme il a déjà été mentionné, le concept de la politique axée sur la santé de la population est essentiel à la promotion de la santé et étaye les autres stratégies dans ce domaine. Cette politique est la figure de proue de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, du cadre de promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada et des objectifs de santé proposés par le comité Spasoff. C'est au cours de la conférence sur la santé, intitulée "Beyond Health Care", qui s'est tenue à Toronto en 1984 et qui a été coparrainée par la Commission de santé de la ville de Toronto, l'Association canadienne de santé publique et Santé et Bien-être social Canada, que cette politique a fait l'objet d'une discussion publique et en profondeur. Depuis, sous l'apparence de mesures de santé pluridisciplinaires, cette politique a fait l'objet de discussions techniques à l'Assemblée mondiale de la santé en 1987, au cours d'un colloque à l'université Yale et dans le cadre d'un examen approfondi d'ouvrages, financé par la Direction de la promotion de la santé et par le PNRDS et exécuté par des professeurs et des étudiants en santé communautaire de l'Université de Toronto. En outre, elle a été l'objet de la deuxième conférence internationale pour la promotion de la santé qui s'est tenue à Adelaide (Australie) en avril 1988 et au cours de laquelle la politique a été définie comme suit :

(...) le souci d'intégrer à tous les domaines de la politique les aspects de la santé et une certaine équité. La politique publique favorisant la santé a pour objet principal de susciter un milieu permettant à la population de mener une vie saine. (OMS, 1988) (traduction)

Le principe qui soutend la politique axée sur la santé de la population est très simple : beaucoup des principaux facteurs qui déterminent la santé et la maladie ne relèvent pas du secteur de la santé. Bien qu'il soit important d'éviter les risques que comporte la "santé par dessus tout" (principe selon lequel d'aucuns régiraient le mode de vie et le comportement des individus (OMS, 1984) (traduction)) et que d'autres secteurs risquent de considérer l'ingérence du secteur de la santé comme une tentative visant à bâtir un empire, il est toutefois important de voir à ce que les organismes tiennent compte de la santé et de veiller à "ce qu'on accorde autant d'importance aux questions de santé qu'on en accorde à celles d'économie" (OMS, 1988) (traduction) lors de la prise de décisions.

Voici quelques exemples qui permettent d'illustrer les points soulevés.

a) Les inégalités en matière de santé et les injustices sociales

La relation entre l'indigence et la mauvaise santé est nette et a été beaucoup étudiée (Wilkins & Adams, 1983; Shah, Kahan et Krauser, 1987). En effet, le premier défi que doit relever le Cadre de promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada consiste à atténuer les injustices en matière de santé. Les auteurs du rapport Spasoff étaient du même avis. En outre, la conférence sur la politique publique favorisant la santé, qui s'est tenue à Adelaide (Australie), a essentiellement porté sur cette question. La déclaration de la conférence a précisé ce qui suit : il est évident que "les inégalités en matière de santé sont enracinées dans celles de la société. Pour combler le fossé qui sépare les défavorisés des biens nantis, il importe de mettre en oeuvre une orientation permettant de donner accès aux biens et aux services qui favorisent une bonne santé, et il convient de créer des milieux favorables." (traduction)

Ceci veut dire que nous devons nous attaquer aux problèmes de la faim, des sans-abri, du chômage, de l'indigence et de l'analphabétisme si nous voulons améliorer la santé de ceux qui en ont vraiment besoin, notamment les autochtones du Canada.

Dans son rapport récemment rendu public, le Comité de révision de l'aide sociale (CRAS) de l'Ontario a reconnu ce fait saillant en précisant ce qui suit :

"Beaucoup des recommandations formulées dans le présent rapport ont pour but d'améliorer la situation financière générale des bénéficiaires d'aide sociale et des indigents. L'adoption de ces recommandations pourrait être la plus importante mesure de santé que pourrait prendre l'Ontario. (Soulignement ajouté par l'auteur) (Comité de révision de l'aide sociale, 1988) (traduction)

Dans la mesure où une hausse du financement versé au système de traitement des maladies réduit les possibilités de recueillir des fonds visant à mettre en oeuvre les recommandations du CRAS, la campagne menée actuellement par l'OMA dans le but d'accroître le financement des hôpitaux peut nuire sérieusement à la santé!

b) Développement économique durable et environnements sains

L'état de l'écosystème dans lequel nous vivons, à l'échelle locale, régionale et enfin planétaire, constitue le facteur déterminant fondamental de notre santé et de notre bien-être. Les conséquences de la dégradation de l'environnement sur la santé sont profondes. Voilà pourquoi l'OMS a reconnu, pour la première fois, dans la Charte d'Ottawa que la stabilité écologique et la pérennité des ressources sont des facteurs indispensables à une bonne santé. La nécessité de créer des milieux qui favorisent la santé constitue donc un élément important de la promotion de la santé, tant à l'échelle planétaire que locale. Cependant, ce n'est pas au ministère de la Santé qu'il incombe de créer des milieux qui favorisent la santé, mais plutôt au ministère de l'Environnement, aux gouvernements municipaux, aux urbanistes, aux entreprises et à beaucoup d'autres organismes. Ces autres secteurs ne s'intéressent pas à la santé, mais pour qu'ils en tiennent compte lors de la prise de décisions, le secteur de la santé doit les en convaincre, car ils doivent être incités à le faire.

À l'heure actuelle, une importante occasion se présente de réunir la santé, l'environnement et le développement économique durable. Le grand public n'a jamais été aussi conscient des problèmes environnementaux et de leurs conséquences sur la santé tandis que beaucoup d'écologistes et de fonctionnaires ont reconnu que de faire appel au facteur santé est la façon de sensibiliser la population aux problèmes environnementaux. La création de tables rondes sur l'environnement et l'économie, exigée par les Premiers ministres en réponse au rapport du Groupe de travail national sur l'environnement et l'économie (1987), permet de tracer un parallèle intéressant avec l'intérêt que manifestent actuellement les Premiers ministres à l'égard de la promotion de la santé. Les rapports entre les deux concepts peuvent se révéler fructueux au niveau national et provincial tandis qu'au niveau local le concept des communautés en santé fournit également une excellente occasion de tisser des liens entre les politiques de la santé et de l'environnement.

c) Politique agricole et alimentaire

L'un des domaines de la politique gouvernementale qui a énormément attiré l'attention du secteur de la santé au cours des dernières années a été la politique alimentaire. On estime qu'une proportion élevée des décès et des maladies qui peuvent être prévenus sont reliés à l'alimentation, à savoir les maladies coronariennes, le cancer, le diabète, l'obésité,

les caries dentaires et les problèmes d'intestin. Cependant, nos aliments sont le produit de nos industries agricoles et alimentaires et de leurs ministères connexes. Voilà pourquoi un certain nombre de pays et d'États ont cherché à formuler des politiques détaillées en matière d'aliments et de nutrition (Milio, 1987; Powles, 1987) et ces efforts se sont étendus aux gouvernements locaux et aux communautés (Haughton, 1987).

d) Structures et processus en vue d'une politique axée sur la santé de la population

La politique axée sur la santé de la population ne surgira pas d'elle-même. En plus de l'engagement politique et de la capacité cernés par Milio (1987), elle requiert la création de structures plurisectorielles de haut niveau telles que le conseil du Premier ministre en matière de stratégie sur la santé en Ontario. Des structures semblables doivent également être créées au niveau local, car elles constituent une partie intégrante de tout projet axé sur la santé de la population.

Le rapport du groupe de Canadiens qui ont participé à la conférence d'Adelaide sur la politique publique saine présente cinq stratégies clés permettant de formuler une telle politique. Ces stratégies sont exposées ci-dessous.

- Nous devons effectuer des recherches dans le domaine afin de connaître ce qui s'y passe et d'approfondir nos connaissances acquises. Nous possédons déjà d'importantes connaissances sur le processus d'élaboration de politiques et sur les répercussions des politiques gouvernementales sur la santé. Toutefois, nous devons élargir nos connaissances.
- Nous devons "prêcher la bonne parole", ce qui signifie de comprendre d'abord ce que les gens savent déjà, d'acquérir une compréhension et de prodiguer des soins, en particulier chez ceux qui seront chargés de formuler et d'appliquer une politique publique saine. Ils doivent être prêts à le faire.
- Nous devons découvrir qui sont nos alliés à l'extérieur du domaine traditionnel de la santé, au niveau communautaire, parmi d'autres professions et au sein du gouvernement.
- Nous devons créer des mécanismes gouvernementaux ou privés, officiels ou non, de dialogue et de consultation tels que le concept des tables rondes sur l'environnement et l'économie.

- Nous avons besoin d'un projet concluant aux niveaux local, provincial et fédéral dans divers domaines tels que l'aide sociale et la santé, le développement durable et la santé, les communautés saines, les programmes de sensibilisation et d'alphabétisation en vue de promouvoir la santé, la santé et l'alimentation, etc.

À mon avis, le défi n'est pas de définir les avantages de la politique axée sur la santé de la population ou d'en débattre, mais de cerner les répercussions qu'ont les orientations de rechange en vigueur ou éventuelles sur la santé et d'élaborer, de mettre en train et d'évaluer des orientations en matière de santé à tous les ordres de gouvernement.

Renforcer l'action communautaire

Si la promotion de la santé est jugée sérieusement comme un processus permettant à la population d'améliorer directement sa santé, elle doit alors être considérée comme un processus à la fois individuel et collectif. Les mesures prises par les individus ont des limites mais un groupe de personnes peuvent mieux régir leur santé ainsi que les conditions qui la déterminent. Voilà pourquoi la rhétorique relative à l'action communautaire doit être prise au sérieux. Mieux régir sa santé ainsi que les conditions qui la déterminent constitue un excellent facteur qui contribue à une bonne santé. Toutefois, nous devons reconnaître que nous ne pouvons agir pour les gens mais que nous pouvons les aider à prendre eux mêmes les mesures nécessaires, ce qui veut peut-être dire qu'il faudra leur laisser plus de liberté tout en leur fournissant les ressources qui leur permettront de prendre leurs propres décisions et, s'il le faut, de commettre leurs propres erreurs.

Le rôle essentiel du renforcement de l'action communautaire n'est pas seulement reconnu dans la Charte d'Ottawa mais également dans le cadre fédéral de promotion de la santé dans lequel le concept prend la forme d'appuis mutuels et de participation du public et peut-être aussi de renforcement des services communautaires de santé. Toutefois, on a découvert au cours d'un récent processus national de consultation, financé par Santé et Bien-être social Canada et organisé par l'Association canadienne de santé publique et ses divisions provinciales, que le renforcement de la santé au sein des communautés passe par le renforcement de la communauté elle-même (ACSP, 1987). Le rapport du Comité Podborski, en Ontario, a également fait ressortir ce fait. Les auteurs du rapport ont découvert que les communautés sont prêtes et en mesure d'entreprendre des activités de promotion de la santé. En fait, les communautés sont beaucoup plus préparées que le gouvernement et attendent l'appui gouvernemental avant de se lancer.

À mes yeux, le renforcement de l'action communautaire en vue de favoriser la santé au sein de la population comporte trois éléments distincts : renforcer le secteur des services de santé communautaire et accroître la haute main de la communauté sur ces services de santé; accroître la haute main qu'a la communauté sur d'autres facteurs qui déterminent la santé et renforcer l'entraide, les efforts personnels et tout autre mode d'aide communautaire non officielle.

a) Renforcer le secteur des services de santé communautaire

Pour renforcer le secteur des services de santé communautaire, il faudra transférer des ressources des établissements de santé au secteur communautaire. Cette solution se démarque de la proposition initiale selon laquelle il fallait accroître le financement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies en retirant des fonds au secteur des soins de santé. Dans ce cas-ci, il ne s'agit plus seulement de renforcer les services de promotion de la santé et de prévention des maladies au sein des communautés mais de transférer des ressources consacrées au diagnostic, au traitement et au soin des maladies au sein des établissements au profit du secteur communautaire. Depuis plusieurs décennies, cette recommandation a été l'élément principal de presque tous les rapports sur le système de santé et elle a été ignorée dans une large mesure.

La solution qui consiste à accroître la haute main des communautés sur le secteur de la santé a également été une recommandation régulièrement formulée, en particulier dans le rapport de l'ACSP paru récemment sur le renforcement de la santé communautaire, et dans lequel les auteurs ont signalé que le plus important consensus qui a émané des ateliers de consultation a porté sur la question de la propriété des services de santé communautaire et de la haute main sur ces mêmes services. Si nous voulons que les communautés acquièrent une meilleure compréhension de leurs problèmes de santé et de la façon de les régler, elles doivent jouir de pouvoirs leur permettant de régler elles-mêmes ces problèmes. Pour y arriver, il faut s'engager à décentraliser la gestion et le contrôle du système des soins de santé.

Il est indubitable que cela ne peut se faire du jour au lendemain et que nous ne pouvons nous diriger vers le degré de décentralisation dont jouissent les pays scandinaves, aussi souhaitable que cela puisse être, car nos traditions sociales et politiques sont si différentes. (Par exemple, les conseils régionaux ont le pouvoir de lever des impôts, ce qui est peu probable ici.) Toutefois, il est intéressant de

noter que dans un pays comme la Finlande, dont la population ne s'élève qu'à 4 millions d'habitants, la Direction générale de la santé du ministère des Affaires sociales est composée d'un personnel de quinze personnes seulement tandis que la Commission nationale de la santé, qui est chargée de la planification de la santé et de la réglementation des professions de la santé à l'échelle nationale, ne possède qu'un personnel de 200 personnes. Tout le reste est décentralisé! Il est maintenant temps qu'au moins un gouvernement s'engage nettement à mettre en train un mécanisme à long terme de décentralisation de la gestion et du contrôle des soins de santé et à accorder des pouvoirs de financement aux organismes locaux responsables qui oeuvrent au sein des paramètres et des cadres du gouvernement central. Pour commencer, plusieurs systèmes de rechange devraient être mis en place et exploités afin d'en tirer les conclusions appropriées. Et qui sait, les gouvernements centraux trouveront peut-être qu'il est très agréable de décentraliser les services et les communautés locales trouveront peut-être qu'il est stimulant de prendre les choses en main.

b) Accroître la haute main des communautés sur la santé

Bien que le fait d'avoir la haute main sur les services de santé locaux constitue pour les communautés un important processus d'autonomie, ce processus ne suffit pas à lui seul. L'action communautaire doit être renforcée non seulement au niveau des services de santé locaux mais également au niveau de la communauté dans son ensemble. S'il est logique de décentraliser la gestion et la conduite des services de santé locaux, nous devrions également prendre en considération d'autres domaines d'activité où il serait logique de décentraliser la gestion et la direction. C'est là la nature même de la participation du public : elle ne se résume pas seulement à l'aptitude à voter de temps en temps, mais de participer activement à la gestion des activités locales.

Bref, il est nécessaire de mettre en train un processus accordant des pouvoirs aux individus et aux communautés, de favoriser la participation du public et d'améliorer le sens civique. Pour les gens de la gauche, ceci signifie accorder le "pouvoir au peuple" tandis que pour ceux de la droite il s'agit d'"indépendance" ou encore "de supprimer le fardeau gouvernemental". Dans les deux cas, on s'entend pour affirmer qu'accroître la participation du public et le sens civique ne peut qu'être bénéfique. Si ce mandat a des répercussions positives sur la santé, qui pourrait s'y opposer?

c) Renforcer l'appui communautaire

Le fait d'accroître la haute main des communautés sur les services de santé a d'évidentes répercussions politiques car il favorise la décentralisation de la démocratie et traite de l'organisation officielle de la communauté. Par contre, le renforcement de l'appui communautaire traite des aspects non officiels de la communauté, c'est-à-dire de la pléthore d'organismes et de groupes communautaires qui s'occupent d'une façon ou d'une autre d'entraide, de programmes favorisant les efforts personnels ainsi que d'activités de soutien sociales, parfois spécialement fondés sur des questions de santé, mais souvent sur une gamme de questions sociales, environnementales et autres. Alison Watt et Sue Rodmell ont signalé ce phénomène comme le "mouvement de santé communautaire" et en ont distingué trois éléments : les groupes qui encouragent les efforts personnels et qui traitent de problèmes de santé précis; les groupes de santé communautaire qui tentent de régler les questions de nature sociale, environnementale et autres qui se rattachent à la santé et au bien-être au niveau local; et les projets de développement des communautés en matière de santé par lesquels des travailleurs de la santé oeuvrent au sein des communautés afin d'aider la population à cerner les besoins et les questions d'intérêt en matière de santé et à adopter une action collective dans le but de tenter de répondre à ces besoins (Watt et Rodmell, 1988). Ces projets ont souvent pour objet d'aider la population à faible revenu à régler les questions de santé fondamentales (alimentation, logement, travail, éducation, revenu, environnement sain et propre) et peut inclure des projets de développement économique des communautés, des groupes favorisant les efforts personnels et des stratégies d'entraide et de soutien.

Pour les gouvernements, il est essentiel d'accepter que ceux qui sont les mieux placés pour comprendre ces questions sont ceux qui les vivent. Compte tenu des ressources et de l'aide appropriée, ces personnes sont également les mieux placées pour régler ces questions. Rappelons-nous les paroles de John McKnight (1985), travailleur social expérimenté et réfléchi de Chicago, lorsqu'il a dit qu'il est impossible de favoriser la bonne santé parmi les gens qui n'ont aucun pouvoir, mais qu'il est possible de favoriser la santé en fournissant à ces gens des instruments, des pouvoirs, des fonds et des revenus.

d) Pour des communautés en bonne santé

Le projet de promotion de communautés ou de villes en bonne santé est l'un des importants projets qui tentent de réunir toutes ces idées. Ce projet a vu le jour à Toronto, puis a été découvert et transformé en un important projet de l'OMS en Europe par Ilona Kickbusch (Hancock, 1987). Le projet possède maintenant un bureau national à l'Institut canadien des urbanistes et il est coparrainé par l'Association canadienne de santé publique et par la Fédération canadienne des maires et des municipalités grâce aux fonds de Santé et Bien-être social Canada. Des localités d'un océan à l'autre, c'est-à-dire littéralement de Dartmouth à Victoria, participent à ce projet, à savoir d'aussi petites localités que Montmagny (3 000 habitants) au Québec ou d'aussi importantes que la ville de Toronto (600 000 habitants).

Le projet est fondé sur l'hypothèse selon laquelle la promotion de la santé requiert des mesures prises localement et selon laquelle le plus petit ordre de gouvernement, c'est-à-dire municipal, possède non seulement beaucoup des ressources et des aptitudes nécessaires pour rendre les communautés en meilleure santé mais est plus prêt et plus à l'écoute des besoins de la population locale. Voilà pourquoi et aussi parce que les gouvernements municipaux sont moins importants et que les orientations conviennent mieux, il sera peut-être plus facile d'élaborer et de mettre en vigueur une politique en matière de promotion de communautés en bonne santé à l'échelle locale.

Le projet cherche essentiellement à convier tous les gouvernements municipaux au Canada à voir comment leurs communautés peuvent devenir en meilleure santé. Ceci signifie que la collaboration plurisectorielle devra se faire non seulement au sein des gouvernements municipaux mais encore entre les gouvernements, le secteur privé, les bénévoles et les organismes communautaires. Ceci signifie qu'il faudra tenir compte de la santé lorsque des décisions seront prises au niveau local et qu'il faudra tenir compte du milieu physique et social de la communauté afin de s'assurer que la population appuie le programme. Il est évident qu'il faut renforcer la participation de la communauté aux mesures relatives à la santé, qu'il faut donner à la population des aptitudes personnelles dans ce domaine par le truchement des commissions scolaires et d'autres moyens des gouvernements municipaux et, enfin, dans la mesure où les gouvernements municipaux du Canada participent aux services de santé, cela signifie réorienter les services en général.

Le projet des communautés et des villes saines n'existe que depuis trois ans en Europe et depuis moins d'un an au Canada. Il est donc un peu prématuré pour cerner des résultats précis. Toutefois, le projet a été accueilli avec beaucoup d'enthousiasme dans littéralement plusieurs centaines de villes et villages en Europe, en Amérique du Nord et en Australie et a incité les gouvernements locaux à tenir compte des questions de santé d'une façon qui n'avait pas été vue depuis le XIX^e siècle. Les gens de tous les horizons trouvent le projet attirant, excitant et entraînant. Par exemple, à Rouyn-Noranda, petite ville de 30 000 habitants du Québec et la première au Canada à se déclarer ville saine, 5 000 écoliers et près de 1 000 adultes ont participé à des discussions sur la façon de rendre leur ville plus saine et participent maintenant à des projets conçus à cette fin. À titre d'exemple, parmi les six priorités cernées par la localité, on retrouve l'élaboration de projets de nettoyage de l'environnement par les enfants, la création de comités d'action de quartier et l'élaboration de programmes récréatifs à l'intention des adolescents.

À Toronto, le conseil municipal a récemment approuvé à l'unanimité un rapport important, intitulé "Healthy Toronto 2000", dans lequel un ensemble d'objectifs en matière de santé sont définis et qui englobe, entre autres, l'atténuation des inégalités à l'égard des possibilités de santé, la création de milieux physiques et sociaux favorisant la santé et la promotion d'un système de services de santé communautaire (Commission de la santé, 1988). Un groupe de travail composé de représentants de plusieurs services élabore actuellement un mécanisme fondé sur l'équité sociale et la gestion de l'écosystème urbain.

À Edmonton, la Commission de la santé a aussi réagi rapidement. La consultation du public et la publication d'un rapport sur la santé ont permis de cerner les questions qui doivent être prioritairement réglées, dont en particulier la santé cardio-vasculaire. Pendant ce temps, on m'apprend qu'à Victoria les municipalités régionales et certaines municipalités locales élaborent des stratégies de santé pour l'an 2000, qu'un colloque public est prévu et que les services régionaux commencent à prévoir des résultats en matière de santé pour leurs programmes.

En plus du projet national, le projet villes et villages en santé a été mis en train au Québec et regroupe déjà 15 localités, tandis qu'en Ontario un groupe de six associations provinciales, regroupant entre autres des urbanistes, des architectes paysagistes, des écologistes et des représentants des municipalités et du secteur de la santé publique, prépare

actuellement un projet de localités en santé. Puisque le projet de communautés en santé a nettement suscité un très grand intérêt auprès des communautés canadiennes, cette situation donne l'occasion aux gouvernements provinciaux de s'engager en matière de promotion de la santé et de renforcer l'action communautaire par la promotion et le financement des projets communautaires de santé locaux et provinciaux.

(Les projets national et ontarien mettent en lumière un autre principe important de la promotion de la santé et de la politique relative à un public en santé, à savoir le recrutement de nouveaux partenaires, c'est-à-dire dans ce cas-ci des urbanistes, des représentants des gouvernements municipaux, des écologistes et des architectes paysagistes.)

Acquisition d'aptitudes personnelles

Au cours des dix ou quinze dernières années, on a prêté beaucoup d'attention à cette question, mais surtout en ce qui concerne l'acquisition de connaissances supplémentaires et la modification des attitudes et des comportements à l'égard de la prévention et des comportements qui présentent des risques. Bien que ces aptitudes ne soient pas dépourvues d'intérêt et qu'elles doivent continuer de susciter un intérêt, il devrait être maintenant évident que les attitudes requises en matière de promotion de la santé, tant chez les praticiens qu'au sein du public, diffèrent grandement des aptitudes traditionnelles qui engendrent des changements comportementaux.

Les professionnels de la santé, à savoir ceux sur le marché du travail et ceux aux études, doivent posséder des aptitudes dans une gamme de domaines, à savoir le développement communautaire, la création de coalition et de réseaux, la défense d'une cause, la création d'un groupe d'entraide, l'encouragement à l'indépendance et l'emploi des médias.

Le public requiert d'abord un ensemble d'aptitudes d'existence fondamentales qui sont essentielles pour la bonne santé et qui peuvent être regroupées assez librement sous la rubrique des aptitudes d'alphabétisme et des aptitudes à la vie quotidienne. Ces aptitudes peuvent être acquises à l'école ou, s'il le faut, dans le cadre de programmes de rattrapage ou de programmes destinés aux immigrants. Ceux qui ne posséderont pas ces aptitudes à la vie quotidienne auront de la difficulté à trouver du travail, à effectuer les choix corrects en matière de santé et à éviter les situations peu propices à une bonne santé. Leur amour-propre sera probablement peu élevé et leur santé sera en péril.

En plus de ces aptitudes en matière de santé, les gens doivent apprendre à travailler en groupes et à participer aux mécanismes d'entraide, à l'action communautaire, au processus démocratique ainsi qu'à la vie et à la politique de leur communauté. Ces aptitudes sont essentielles pour une bonne santé car ils permettent aux gens de mieux régir leur vie et d'améliorer leur santé.

Il est évident que cette éducation du grand public n'incombe pas aux ministères de la Santé, mais plutôt à ceux de l'Éducation, de la Citoyenneté et de la Culture, aux commissions municipales de la Santé, aux commissions scolaires, aux services des loisirs, aux organismes bénévoles, etc. Ce sont aussi des partenaires.

CONCLUSION

Pour reprendre mes paroles, afin de passer de la rhétorique à la pratique dans le domaine de la promotion de la santé, il faut que les dirigeants politiques et administratifs de la santé qui composent l'assistance comprennent et acceptent la question et s'engagent. La présente conférence témoigne vraiment de l'intérêt qu'elle suscite au plus haut niveau. Mais cet intérêt n'est pas suffisant. Si l'on ne passe pas bientôt à l'action, la promotion de la santé et surtout les ministères de la Santé et la profession perdront leur crédibilité. Il faut découvrir de nouveaux partenaires et encourager les gens à tenir compte des questions de santé, car le secteur de la santé ne peut à lui seul procurer une bonne santé à tous. Il faut également créer une infrastructure et une compétence favorisant la promotion de la santé, établir des structures et des processus permettant l'étude et la mise en vigueur d'orientations dans ce domaine, renforcer l'action communautaire ainsi qu'encourager l'acquisition d'aptitudes personnelles de manière que la population puisse mieux régir et améliorer sa santé. Ce n'est seulement que de cette façon que nous aurons atteint nos objectifs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association canadienne de santé publique (1987) "Strengthening Community Health Means Strengthening Community", Association canadienne de santé publique, Ottawa.
- "Beyond Health Care" (1985) compte rendu d'une conférence sur la politique favorisant la santé, Revue canadienne de santé publique, 76 (supplément 1), 1-104.
- Comité de révision de l'aide sociale (1988), "Transitions" (Résumé), ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, Toronto.
- Commission de la santé (1988) "Healthy Toronto 2000", Toronto, Commission de la santé de la ville de Toronto.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) (1987), Résumé du rapport, Gouvernement du Québec, Québec.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille (1984) Objectif santé, Québec.
- Frank, Johann Peter (1976) "A Complete System of Medical Policy", Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Groupe consultatif des ministres sur la promotion de la santé (1987) "Community Health Matters in Ontario" (Rapport Podborski), ministère de la Santé, Toronto.
- Groupe de travail national sur l'environnement et l'économie (1987), Rapport, Conseil canadien des ministres des Ressources et de l'Environnement, Ottawa.
- Groupe d'étude de l'Ontario sur les objectifs santé (1987) "Health for all Ontario" (Rapport Spasoff), ministère de la Santé, Toronto.
- Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario (1987) "Toward a Shared Direction for Health in Ontario" (Rapport Evans), Gouvernement de l'Ontario, Toronto.
- Hancock, Trevor (1987) "Healthy Cities : The Canadian Project", Promotion de la santé, 26(2), 2-4, 27.
- Haughton, Betsy (1987) "Developing Local Food Policies : One City's Experience", Journal of Public Health Policy, 8(2), 180-191.

- Labonte, Ron et Susan Penfold (1981), "Canadian Perspectives in Health Promotion : A Critique", Promotion de la santé, (20), 4-9.
- Last, John (1988a), "The Future Need for Schools of Public Health in Canada", Revue canadienne de santé publique, 79(4), 219-220.
- Last, John (1988b), "The Future of Higher Education for Public Health - 2", Revue canadienne de santé publique, 79(6), 411-412.
- McKnight, John (1985), "Health and Empowerment", Revue canadienne de santé publique, 76 (supplément 1), 37-38.
- Milio, Nancy (1987) "Healthy Public Policy : Issues and Scenario" dans "Proceedings : Yale Symposium on Healthy Public Policy", Yale University, New Haven (CT).
- OMS (1984), Promotion de la santé : étude du concept et des principes, Copenhague.
- OMS (1985), Les buts de la santé pour tous, Copenhague.
- OMS (1986), La Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé, Copenhague.
- OMS (1988), La politique publique favorisant la santé : recommandations de la conférence d'Adélaïde, Copenhague.
- Powles, John (1987), "Victoria's Food and Nutrition Policy", Promotion de la santé, 2(3), 234-242.
- Rootman, Irving (1988), "Knowledge Development : A Challenge for Health Promotion", Promotion de la santé, 27(2), 2-4.
- Santé et Bien-être social Canada (1974) Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens (Rapport Lalonde), Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- Santé et Bien-être social Canada (1986) La santé pour tous, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- Shah, Chan, M. Kahan et John Krauser (1987), "The Health of Children of Low-Income Families", Association médicale canadienne/Journal, 137, 485-490.
- Surgeon General des États-Unis (1979) "Healthy People", ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social, Washington, D.C.

CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION
AND DISEASE PREVENTION

Remarks by
the Honourable Elinor Caplan
Ontario Minister of Health

Ontario



VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.



Ontario

REMARKS BY

THE HONOURABLE ELINOR CAPLAN

ONTARIO MINISTER OF HEALTH

TO THE

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH

PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA

MARCH 13, 1989

CHECK AGAINST DELIVERY

LET ME SAY, LADIES AND GENTLEMEN, HOW DELIGHTED AND HONOURED I AM TO ADDRESS THIS NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION.

AS YOU KNOW, MY FRIEND AND COLLEAGUE, MADAME THÉRÈSE LAVOIE-ROUX, QUEBEC MINISTER OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES, WAS ORIGINALLY SCHEDULED TO SPEAK TO THIS LUNCHEON. AT THE LAST MOMENT, HOWEVER, MINISTRY BUSINESS IN QUEBEC CITY PREVENTED HER FROM BEING HERE AND SHE ASKED IF I WOULD AGREE TO SPEAK INSTEAD.

I WAS DELIGHTED TO ACCEPT MADAME LAVOIE-ROUX'S INVITATION BECAUSE I BELIEVE THIS CONFERENCE IS IMPORTANT. I ALSO BELIEVE THOSE OF YOU WHO ARE IN ATTENDANCE TODAY WILL BE PLAYING MAJOR ROLES IN THE RE-SHAPING AND DIRECTION OF OUR COUNTRY'S HEALTH FUTURE.

LAST MONTH, I HAD THE PRIVILEGE OF ATTENDING A MEETING OF PROVINCIAL AND TERRITORIAL HEALTH AND FINANCE MINISTERS IN MONCTON, NEW BRUNSWICK.

THE FOCUS OF THAT MEETING WAS THE PROVISION OF HEALTH SERVICES IN OUR RESPECTIVE PROVINCES AND TERRITORIES -- THE FINANCING AVAILABLE TO US, THE ROLE AND INVOLVEMENT OF THE FEDERAL GOVERNMENT, THE RESPONSIBILITIES OF THE PROVINCES, AND THE DIRECTIONS WE CAN PURSUE TOGETHER FOR A SAFE AND CONFIDENT HEALTH CARE FUTURE.

TO ANY OBSERVER OF THAT MEETING, IT WOULD BE QUICKLY APPARENT THAT WHILE THE PROVINCES AND TERRITORIES BROUGHT THEIR OWN DIFFERENT PERSPECTIVES AND CIRCUMSTANCES TO THAT MEETING, WE WERE ALL GRAPPLING WITH A COMMON AGENDA -- HOW TO PROVIDE THE MOST EFFECTIVE RANGE OF HEALTH SERVICES TO OUR PEOPLE -- HOW TO PROVIDE HEALTH SERVICES IN A CONTEXT OF SOUND FINANCIAL MANAGEMENT -- AND FINALLY, HOW TO RESPOND TO THE CHANGING SOCIAL, DEMOGRAPHIC AND TECHNOLOGICAL FACTORS THAT ARE HAVING SUCH A PROFOUND IMPACT ON HEALTH CARE TODAY.

I'D LIKE TO READ JUST A PART OF THE FINAL COMMUNIQUE AGREED TO BY ALL THE HEALTH AND FINANCE MINISTERS IN MONCTON. THE TITLE OF THE DOCUMENT, I BELIEVE, IS SIGNIFICANT: "THE NEED FOR A COMMON APPROACH."

THE MINISTERS OF HEALTH AND THE MINISTERS OF FINANCE OF THE PROVINCES AND TERRITORIES, REQUESTED BY THEIR PREMIERS, HAVE MET TOGETHER TO DISCUSS THE FUNDING OF HEALTH CARE SERVICES IN CANADA. THE SPECIAL NATURE OF THIS EVENT SHOWS HOW IMPORTANT THIS ISSUE IS IN ALL PARTS OF CANADA.

PROVINCIAL HEALTH CARE PLANS COVER EVERY CANADIAN CITIZEN, PROVIDING ACCESS TO QUALITY HEALTH CARE, REGARDLESS OF INDIVIDUAL FINANCIAL CIRCUMSTANCES, CANADIANS VALUE THESE PLANS AND ARE AWARE OF THE PHYSICAL AND FINANCIAL SECURITY THEY PROVIDE. CANADIANS RIGHTLY CONSIDER THEM AN ESSENTIAL COMPONENT OF THE TRADITION OF SHARING, WHICH IS CHARACTERISTIC OF OUR COUNTRY.

FOR MORE THAN 30 YEARS, THE FEDERAL GOVERNMENT AND THE PROVINCES HAVE BEEN PARTNERS IN ESTABLISHING AND MAINTAINING PUBLIC HEALTH CARE PLANS THROUGHOUT THE COUNTRY.

THE PROVINCIAL AND TERRITORIAL HEALTH AND FINANCE MINISTERS LOOK FORWARD TO MEETING WITH THEIR FEDERAL COUNTERPARTS TO DISCUSS THE CONTINUATION OF A CO-OPERATIVE APPROACH TO FUNDING HEALTH CARE SERVICES IN CANADA.

MORE SPECIFICALLY, THE PROVINCIAL AND TERRITORIAL HEALTH AND FINANCE MINISTERS ASK THE FEDERAL GOVERNMENT TO AT LEAST INDEX ITS EPF CONTRIBUTION BASED ON THE GROWTH OF OUR COLLECTIVE WEALTH, THAT IS, GNP.

FOR THEIR PART, THE PROVINCES AND TERRITORIES WILL CONTINUE TO WORK TOGETHER TO FIND SOLUTIONS TO THE CHALLENGE OF MAINTAINING AND IMPROVING CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM.

LADIES AND GENTLEMEN, I HAVE SAID ON MANY OCCASIONS THAT HEALTH CARE IS NOT, NOR SHOULD IT BE, A PARTISAN ISSUE. THE ISSUES FACING HEALTH CARE TODAY ARE ISSUES THAT CROSS ALL POLITICAL DIVISIONS AND ALL PROVINCIAL BOUNDARIES. THEY ARE ISSUES THAT -- NO MATTER WHAT OUR POLITICAL AFFILIATION OR PROVINCE -- AFFECT US ALL.

OUR CANADIAN WAY OF HEALTH CARE EVOLVED AS A NATIONAL CONSENSUS AND DREW UPON THE TALENTS AND ABILITIES OF PEOPLE FROM ALL WALKS OF LIFE AND EVERY SHADE OF THE POLITICAL SPECTRUM.

THAT BEING SAID, WE CANNOT FORGET THAT THE DEVELOPMENT OF OUR HEALTH CARE SYSTEM STIRRED STRONG EMOTIONAL RESPONSES, AND TREMENDOUS PUBLIC DISCUSSION. AT THE TIME, THERE WERE SOME PEOPLE WHO SIMPLY DID NOT AGREE WITH THE PRINCIPLES OF A PUBLICLY FUNDED AND PUBLICLY ADMINISTERED HEALTH CARE SYSTEM.

CANADIAN HEALTH CARE WAS BUILT ON FIVE GUIDING PRINCIPLES -- PUBLIC ADMINISTRATION BY GOVERNMENT; THE PORTABILITY OF BENEFITS FROM PROVINCE TO PROVINCE; ACCESSIBILITY TO SERVICES WITHOUT REGARD TO ECONOMIC OR SOCIAL CIRCUMSTANCES; UNIVERSAL COVERAGE, MEANING HEALTH CARE FOR EVERYONE; AND FINALLY COMPREHENSIVENESS, AS BROAD A RANGE OF HEALTH CARE AS POSSIBLE TO MEET THE HEALTH NEEDS OF THE CANADIAN PEOPLE.

THERE WERE SOME WHO REFUSED TO HELP LAY THE FOUNDATIONS FOR OUR MEDICARE SYSTEM -- JUST AS THERE ARE SOME TODAY WHO CONTINUE TO TRY TO UNDERMINE IT. THERE ARE SOME WHO CLAMOR FOR A "FREE MARKET" MEDICAL SYSTEM; WHO BELIEVE THE ANSWERS TO THE CHALLENGES WE FACE US LIE IN USER FEES OR A PRIVATELY FUNDED SYSTEM.

I DO NOT AGREE. OUR HEALTH CARE SYSTEM IS A DISTINCTLY CANADIAN VALUE. IT IS ACKNOWLEDGED AS A MODEL FOR THE WORLD, ONE THAT WE MUST BE READY TO DEFEND, PROTECT AND ENHANCE.

WE CAN ONLY DO THAT IF WE RECOGNIZE THAT WE MUST PREPARE FOR CHANGE NOW. WE MUST PREPARE OUR SYSTEM TO MEET THE CHANGING NEEDS OF OUR PEOPLE WHILE AT THE SAME TIME DEFENDING THE PRINCIPLES UPON WHICH HEALTH CARE IS BUILT.

I BELIEVE THAT IF WE ARE TO TAKE SERIOUSLY OUR RESPONSIBILITY TO SHAPE CANADIAN HEALTH CARE FOR THE FUTURE, THEN WE HAVE A RESPONSIBILITY TO, ONCE AGAIN, FIND THE POLITICAL WILL AND THE DETERMINATION TO MAKE THE DECISIONS THAT MUST BE MADE. WE MUST BE PREPARED TO WORK CO-OPERATIVELY AND TO KEEP AS OUR FOCUS, THE HEALTH AND WELL-BEING OF EVERY SINGLE CANADIAN.

IN MY HOME PROVINCE. NO OTHER GOVERNMENT PROGRAM -- IN EITHER ABSOLUTE OR INCREMENTAL TERMS -- RECEIVES THE KIND OF FUNDING COMMITMENT THAT HEALTH CARE DOES. HEALTH CARE ACCOUNTS FOR, FULLY, ONE-THIRD OF ALL THE FINANCIAL RESOURCES AVAILABLE TO OUR PROVINCIAL TREASURY.

YET, EVEN WITH OUR CURRENT PROVINCIAL EXPENDITURES APPROACHING \$13 BILLION, THERE ARE STILL SOME WHO SAY THAT \$13 BILLION IS NOT ENOUGH. AND THEY ARGUE FOR STILL MORE SPENDING IN THE INSTITUTIONAL SECTOR.

DR. MICHAEL RACHLIS, AUTHOR OF THE RECENTLY PUBLISHED BOOK "SECOND OPINION", MAKES A VERY STRONG POINT, WHEN HE SAYS, "IT'S VERY MISLEADING TO SAY THAT THE PROBLEMS WITH OUR HEALTH CARE SYSTEM ARE DUE TO LACK OF MONEY. IN ONTARIO IN THE LAST FIVE YEARS, THE PER CAPITA SPENDING ON HEALTH CARE AFTER INFLATION WENT UP 25 PER CENT. SO ONE THING'S CRYSTAL CLEAR: THAT THE ANSWER TO THE PROBLEMS WE FACE IN OUR HEALTH CARE SYSTEM IS SIMPLY NOT MORE MONEY; WE NEED TO LOOK AT THE WAY WE ORGANIZE OUR SYSTEM."

EXACTLY! THE FACTS OF THE MATTER ARE THAT MANY OF THE STRUCTURES THAT SERVED US WELL IN THE PAST ARE NOT SERVING US WELL TODAY AND THEY WILL BE EVEN LESS EFFECTIVE IN THE FUTURE. OUR FUTURE LIES IN OUR WILLINGNESS, OUR READINESS TO INNOVATE, TO CREATE AND TO CHANGE.

EVERYONE HERE TODAY, KNOWS THAT THE QUALITY OF LIFE WHICH WE ARE SO PROUD OF IN THIS COUNTRY MEANS NOT JUST GOOD HEALTH CARE -- IT MEANS A GOOD EDUCATIONAL SYSTEM; IT MEANS A CLEAN ENVIRONMENT; IT MEANS AMBITIOUS JOB CREATION PROGRAMS; IT MEANS THE RIGHT MIX OF SOCIAL SERVICES AND SOCIAL SUPPORT NETWORKS; IT MEANS GOOD ROADS AND MUNICIPAL SERVICES; IT MEANS A WHOLE HOST OF SERVICES THAT HAVE A RIGHTFUL CLAIM TO PROPER GOVERNMENT FUNDING. IT MEANS, LADIES AND GENTLEMEN, HEALTHY PUBLIC POLICY.

WE ALL AGREE THAT HEALTH IS MORE THAN SIMPLY THE TREATMENT OF ILLNESS. HEALTH SERVICES MUST RECEIVE THEIR FAIR SHARE OF REVENUES, YES, BUT SO MUST ALL THE OTHER SERVICES AND PROGRAMS FOR WHICH WE HAVE A RESPONSIBILITY -- AND AN OBLIGATION -- TO FINANCE AND SUPPORT IF WE ARE TO HAVE A "TRULY" HEALTHY SOCIETY.

IN RESPONSE TO ECONOMIC, DEMOGRAPHIC AND TECHNOLOGICAL IMPERATIVES FOR CHANGE, WE MUST NOW CREATE THE POSITIVE SHIFTS AND RE-ALIGNMENTS WITHIN HEALTH CARE THAT WILL ENABLE US TO MEET CURRENT NEEDS -- AND EQUALLY IMPORTANT -- TO PREPARE FOR THE FUTURE -- TO MEET THE REAL AND CHANGING NEEDS OF OUR PEOPLE.

ONE POSITIVE SHIFT -- AND THE FOCUS OF THIS CONFERENCE -- IS THE NEW EMPHASIS ON HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION.

SINCE WE KNOW THAT SIMPLY TREATING ILLNESS IS NOT ENOUGH, WE MUST EMPOWER PEOPLE TO TAKE MORE RESPONSIBILITY OF THEIR OWN HEALTH.

IN TODAY'S SOCIETY, WE KNOW THAT MANY OF THE DISEASES FOR WHICH PEOPLE NOW SEEK TREATMENT -- DISEASES SUCH AS CANCER, HEART AND LUNG DISEASE, CIRRHOSIS -- OFTEN HAVE STRONG ENVIRONMENTAL AND LIFESTYLE CONNECTIONS. THAT MEANS WE MUST BE ABLE TO PROVIDE PEOPLE WITH THE OPTIONS, THE ALTERNATIVES AND THE INFORMATION THAT MAKE GOOD PERSONAL HEALTH CHOICES BOTH PRACTICAL AND POSSIBLE.

TWENTY YEARS AGO, WHEN WE SPOKE ABOUT HEALTH, WE WERE USUALLY SPEAKING ABOUT THE ILLNESS TREATMENT SYSTEM -- ABOUT DOCTORS AND NURSES AND OPERATING ROOMS.

TODAY, WE UNDERSTAND, MORE CLEARLY, THE DIRECT RELATIONSHIP BETWEEN OUR OWN HEALTH AND THE CHOICES AND DECISIONS WE MAKE.

WE UNDERSTAND THAT HEALTH IS NOT JUST THE ABSENCE OF DISEASE BUT A POSITIVE RESOURCE -- A RESOURCE FOR LIVING -- AND AS INDIVIDUALS WE MUST TAKE GREATER RESPONSIBILITY TO PROTECT THAT RESOURCE.

WE MUST EMPOWER PEOPLE THROUGH PUBLIC EDUCATION AND INFORMATION TO ENABLE THEM TO MAKE HEALTHY CHOICES AND LIVE LIFE TO THE FULLEST, WITH DIGNITY AND INDEPENDENCE.

IN ADDITION TO PROVIDING THE FULL RANGE OF TREATMENT SERVICES, I THEREFORE BELIEVE OUR HEALTH CARE SYSTEM HAS A RESPONSIBILITY TO HELP PEOPLE TO STAY WELL -- TO HELP PEOPLE PROTECT AND MAINTAIN THEIR HEALTH.

TO ACCOMPLISH THAT, WE ARE ENCOURAGING A POSITIVE SHIFT TOWARDS GREATER QUALITY ASSURANCE AND OUTCOME REVIEW IN PATIENT CARE.

THAT MEANS WE MUST KNOW WHAT IS EFFECTIVE AND WHAT IS NOT, AND IN ORDER TO KNOW, WE MUST HAVE MORE CLEARLY DEFINED AND AGREED-UPON STANDARDS FOR THE APPROPRIATE USE OF RESOURCES.

THERE IS EVIDENCE FROM A NUMBER OF STUDIES, BOTH HERE IN CANADA AND THE UNITED STATES, THAT AT LEAST SOME OF OUR PRECIOUS HEALTH CARE RESOURCES ARE BEING SPENT ON PROGRAMS AND PROCEDURES THAT ARE, AT BEST, ACHIEVING QUESTIONABLE RESULTS.

IT'S MY VIEW THAT A NEW EMPHASIS ON QUALITY ASSURANCE AND ACCOUNTABILITY WILL BE ONE OF THE KEY FACTORS LEADING TO A HEALTHIER FUTURE. I ALSO BELIEVE THAT QUALITY ASSURANCE IS DESTINED TO PLAY A MAJOR ROLE IN DETERMINING NOT ONLY THE FUTURE SHAPE OF HEALTH CARE, BUT OUR HEALTH FUNDING PATTERNS AS WELL.

AS WE HELP LAY THE GROUNDWORK FOR THE STRATEGIC MANAGEMENT AND PROGRAM PLANNING OF HEALTH CARE, LET US NEVER FORGET THE PRINCIPLES UPON WHICH OUR CANADIAN HEALTH CARE SYSTEM IS BUILT -- UNIVERSALITY, ACCESSIBILITY AND COMPREHENSIVENESS.

LET US REMEMBER TOO THE FINANCIAL, TECHNOLOGICAL AND DEMOGRAPHIC PRESSURES FACING HEALTH CARE, AND HOW OUR UNDERSTANDING OF HEALTH IS CHANGING WITH ITS NEW EMPHASIS ON HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION.

LET US, IN THE PUBLIC INTEREST, REQUIRE QUALITY ASSURANCE, AND ACCOUNTABILITY.

LET US LOOK TO NEW, POSITIVE SHIFTS TO COMMUNITY-BASED SERVICES AS A MEANS OF PROVIDING EFFECTIVE QUALITY CARE, AS CLOSE TO HOME AS POSSIBLE.

THIS IS THE VISION OF EVERY CANADIAN -- THE VISION THAT I FULLY EXPECT WILL LEAD THIS COUNTRY TOWARDS A SAFE, CONFIDENT AND HEALTHIER FUTURE.

CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

Allocution de
L'honorable Elinor Caplan
Ministre de la Santé de l'Ontario



VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

ALLOCUTION DE

L'HONORABLE ELINOR CAPLAN

MINISTRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO

AU

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

VICTORIA (COLOMBIE-BRITANNIQUE)

LE 13 MARS 1989

VERSION NON DÉFINITIVE

MESDAMES ET MESSIEURS, PERMETTEZ-MOI DE VOUS DIRE À QUEL POINT JE SUIS RAVIE ET HONORÉE DE PRENDRE LA PAROLE AU PRÉSENT COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES.

COMME VOUS LE SAVEZ, AU DÉPART, C'ÉTAIT MON AMIE ET HOMOLOGUE M^{me} THÉRÈSE LAVOIE-ROUX, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, QUI DEVAIT S'ADRESSER À VOUS AU COURS DU DÉJEUNER. TOUTEFOIS, DES AFFAIRES SURVENUES À LA DERNIÈRE MINUTE À QUÉBEC NE LUI PERMETTAIENT PAS DE VENIR ICI AUJOURD'HUI ET ELLE M'A DEMANDÉ DE LA REMPLACER.

C'EST AVEC PLAISIR QUE J'AI ACCEPTÉ L'INVITATION DE M^{me} LAVOIE-ROUX PARCE QUE J'ESTIME QUE CETTE CONFÉRENCE EST IMPORTANTE. JE CROIS ÉGALEMENT QUE LES PARTICIPANTS QUI SONT ICI AUJOURD'HUI AURONT UN RÔLE CAPITAL À JOUER POUR RÉORGANISER ET RÉORIENTER NOTRE RÉGIME NATIONAL DE SOINS DE SANTÉ.

LE MOIS DERNIER, J'AI EU LE PRIVILÈGE DE PARTICIPER À UNE RÉUNION DES MINISTRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ ET DES FINANCES À MONCTON (NOUVEAU-BRUNSWICK).

LA RÉUNION PORTAIT ESSENTIELLEMENT SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS NOS PROVINCES ET TERRITOIRES RESPECTIFS EN FONCTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES DISPONIBLES, DU RÔLE ET DE L'APPORT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, DES RESPONSABILITÉS DES PROVINCES ET DES ORIENTATIONS QUE NOUS POUVONS PRENDRE ENSEMBLE POUR QUE NOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ FUTUR SOIT À LA FOIS SÛR ET SOURCE DE CONFIANCE.

N'IMPORTE QUEL OBSERVATEUR À CETTE RÉUNION AURAIT RAPIDEMENT CONSTATÉ QUE LES PROVINCES ET TERRITOIRES Y ONT EXPOSÉ LEURS DIFFÉRENTS POINTS DE VUE ET SITUATIONS, MAIS QUE NOUS NOUS POSONS TOUS LA MÊME QUESTION. CETTE DERNIÈRE CONSISTE À DÉTERMINER COMMENT OFFRIR L'ÉVENTAIL DE SERVICES DE SANTÉ LE PLUS SATISFAISANT AUX GENS, COMMENT ASSURER UNE BONNE GESTION FINANCIÈRE DES SERVICES DE SANTÉ ET, FINALEMENT, COMMENT RÉAGIR À L'ÉVOLUTION DES FACTEURS SOCIAUX, DÉMOGRAPHIQUES ET TECHNOLOGIQUES QUI ONT UNE INCIDENCE PROFONDE SUR LES SOINS DE SANTÉ ACTUELS.

J'AIMERAIS VOUS LIRE UNE PARTIE DU COMMUNIQUÉ FINAL ACCEPTÉ À MONCTON PAR L'ENSEMBLE DES MINISTRES DE LA SANTÉ ET DES FINANCES. LE TITRE DU DOCUMENT, SOIT "LA NÉCESSITÉ D'UN EFFORT CONCERTÉ", EST À MON AVIS RÉVÉLATEUR.

"LES MINISTRES DE LA SANTÉ ET LES MINISTRES DES FINANCES DES PROVINCES ET TERRITOIRES SE SONT RÉUNIS, À LA DEMANDE DE LEURS PREMIERS MINISTRES RESPECTIFS, AFIN DE DISCUTER DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA. LA NATURE SPÉCIALE DE CETTE RENCONTRE MONTRE L'IMPORTANCE QUE REVÊT CETTE QUESTION DANS TOUTES LES PARTIES DU CANADA.

LES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ VISENT TOUS LES CITOYENS CANADIENS ET LEUR DONNENT ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ QUELLE QUE SOIT LEUR SITUATION FINANCIÈRE. LES CANADIENS SONT CONSCIENTS DE LA VALEUR DE CES RÉGIMES, C'EST-À DIRE DE LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE ET PHYSIQUE QU'ILS LEUR PROCURENT. ILS LES CONSIDÈRENT À JUSTE TITRE COMME UN ÉLÉMENT ESSENTIEL DE LA TRADITION DE PARTAGE QUI CARACTÉRISE NOTRE PAYS.

LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET LES PROVINCES COLLABORENT DEPUIS PLUS DE 30 ANS POUR ASSURER L'ÉTABLISSEMENT ET LE MAINTIEN DES RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-SANTÉ À TRAVERS LE PAYS.

LES MINISTRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ ET DES FINANCES ESPÈRENT RENCONTRER LEURS HOMOLOGUES FÉDÉRAUX AFIN DE DISCUTER DE LA POURSUITE DE LEURS EFFORTS COLLECTIFS EN VUE DE RÉGLER LE PROBLÈME DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA.

LES MINISTRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ ET DES FINANCES DEMANDENT NOTAMMENT AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL D'INDEXER À TOUT LE MOINS SA CONTRIBUTION AU FPE SELON LE RYTHME D'ACCROISSEMENT DE LA RICHESSE COLLECTIVE, SOIT LE PNB.

DE LEUR CÔTÉ, LES PROVINCES ET TERRITOIRES CONTINUERONT À COLLABORER POUR LA RECHERCHE DE SOLUTIONS QUI LEUR PERMETTRONT DE RELEVER LE DÉFI AUQUEL ILS FONT FACE, C'EST-À-DIRE PRÉSERVER ET AMÉLIORER LE SYSTÈME CANADIEN DES SOINS DE SANTÉ."

MESDAMES ET MESSIEURS, J'AI DIT À DE NOMBREUSES OCCASIONS QUE LES SOINS DE SANTÉ NE DOIVENT PAS FAIRE L'OBJET DE PRISES DE POSITION PARTISANES. LES PROBLÈMES ACTUELS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ TRANSCENDENT TOUTES LES DIVERGENCES ET FRONTIÈRES POLITIQUES. CES PROBLÈMES TOUCHENT CHACUN DE NOUS, QUELLE QUE SOIT NOTRE ORIENTATION POLITIQUE OU NOTRE PROVINCE.

LA FORMULE CANADIENNE DE SOINS DE SANTÉ EST LE FRUIT D'UN CONSENSUS NATIONAL ET ELLE A SU EXPLOITER LES TALENTS ET LES APTITUDES DE GENS DE TOUS LES SECTEURS DE LA SOCIÉTÉ ET DE TOUTES LES ORIENTATIONS POLITIQUES.

CETTE MISE AU POINT ÉTANT FAITE, NOUS NE DEVONS PAS OUBLIER QUE LA MISE EN PLACE DE NOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ A SUSCITÉ DE FORTES RÉACTIONS ÉMOTIVES ET D'INNOMBRABLES DISCUSSIONS PUBLIQUES. À L'ÉPOQUE, CERTAINS S'OPPOSAIENT CARRÉMENT À L'IDÉE D'UN RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ SUBVENTIONNÉ PAR L'ÉTAT ET ADMINISTRÉ PAR LUI.

LE RÉGIME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ EST FONDÉ SUR CINQ PRINCIPES DIRECTEURS : SON ADMINISTRATION PAR LE GOUVERNEMENT, LA POSSIBILITÉ DE TRANSFÉRER LES AVANTAGES D'UNE PROVINCE À UNE AUTRE, L'ACCÈS AUX SERVICES INDÉPENDAMMENT DE LA SITUATION ÉCONOMIQUE OU SOCIALE, UNE PROTECTION UNIVERSELLE ASSURANT DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ À TOUS, ET FINALEMENT LE CARACTÈRE GLOBAL, C'EST-À-DIRE QUE LE RÉGIME OFFRE UN ÉVENTAIL AUSSI COMPLET QUE POSSIBLE DE SOINS DE SANTÉ POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES CANADIENS À CE CHAPITRE.

CERTAINS ONT REFUSÉ D'AIDER À JETER LES BASES DE NOTRE RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE, TOUT COMME IL Y EN A QUI CONTINUENT ENCORE D'ESSAYER D'EN SAPER LES FONDEMENTS. D'AUCUNS RÉCLAMENT À COR ET À CRI UN RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ CONÇU SUIVANT LE PRINCIPE DU "MARCHÉ LIBRE" PARCE QU'ILS ESTIMENT QU'UN RÉGIME PRIVÉ OU COMPORTANT DES FRAIS D'UTILISATION CONSTITUERAIT LA MEILLEURE RÉPONSE AUX PROBLÈMES ACTUELS.

JE NE SUIS PAS DE CET AVIS. NOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ EST UN BIENFAIT PROPREMENT CANADIEN. LE MONDE ENTIER LE CONSIDÈRE COMME UN MODÈLE QUE NOUS DEVONS ÊTRE PRÊTS À DÉFENDRE, PROTÉGER ET AMÉLIORER.

OR, NOUS SERONS EN MESURE DE LE FAIRE SEULEMENT SI NOUS PRENONS CONSCIENCE QUE NOUS DEVONS DÈS MAINTENANT NOUS PRÉPARER À DES CHANGEMENTS. NOUS DEVONS VEILLER À CE QUE NOTRE RÉGIME SUIVE L'ÉVOLUTION DES BESOINS DES GENS, MAIS SIMULTANÉMENT DÉFENDRE LES PRINCIPES SUR LESQUELS REPOSENT LES SOINS DE SANTÉ.

JE CROIS QUE SI NOUS ASSUMONS SÉRIEUSEMENT NOTRE RESPONSABILITÉ DE MODIFIER LE RÉGIME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ POUR L'AVENIR, IL NOUS INCOMBE, UNE FOIS ENCORE, DE MOBILISER LA VOLONTÉ POLITIQUE ET LA DÉTERMINATION REQUISES POUR PRENDRE LES DÉCISIONS QUI S'IMPOSENT. NOUS DEVONS ÊTRE DISPOSÉS À TRAVAILLER ENSEMBLE ET METTRE TOUJOURS L'ACCENT SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE CHAQUE CANADIEN.

DANS MA PROVINCE, AUCUN AUTRE PROGRAMME GOUVERNEMENTAL NE REÇOIT, EN TERMES ABSOLUS OU DE PROGRESSION, AUTANT DE RESSOURCES FINANCIÈRES QUE CELUI DES SOINS DE SANTÉ. CES DERNIERS ABSORBENT ENTIÈREMENT UN TIERS DE TOUTES LES RESSOURCES FINANCIÈRES DU TRÉSOR PROVINCIAL.

OR, MÊME SI À L'HEURE ACTUELLE LES DÉPENSES PROVINCIALES À CE TITRE S'ÉLÈVENT À PRÈS DE 13 MILLIARDS DE DOLLARS, D'AUCUNS AFFIRMENT ENCORE QUE CETTE SOMME EST INSUFFISANTE. ILS RÉCLAMENT TOUJOURS DES INJECTIONS DE RESSOURCES PLUS IMPORTANTES DANS LE SECTEUR INSTITUTIONNEL.

M. MICHAEL RACHLIS, AUTEUR DU LIVRE "SECOND OPINION" PUBLIÉ RÉCEMMENT SOULÈVE UN POINT TRÈS INTÉRESSANT. IL AFFIRME QU'IL EST TRÈS TROMPEUR DE DÉCLARER QUE LES PROBLÈMES DE NOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ SONT CAUSÉS PAR DES RESSOURCES FINANCIÈRES INSUFFISANTES. EN ONTARIO, AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES, LES DÉPENSES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ PAR HABITANT, ABSTRACTION FAITE DE L'INFLATION, ONT AUGMENTÉ DE 25 P. 100. IL Y A DONC UNE CHOSE PARFAITEMENT ÉVIDENTE, C'EST QU'ON NE RÈGLERA PAS LES PROBLÈMES DE NOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ EN INJECTANT ENCORE PLUS D'ARGENT. IL FAUT PLUTÔT EXAMINER L'ORGANISATION DE CE RÉGIME.

VOILÀ! EN RÉALITÉ BON NOMBRE DE MÉCANISMES QUI NOUS ONT ÉTÉ TRÈS UTILES PAR LE PASSÉ, NE LE SONT PLUS ET LE SERONT ENCORE MOINS DEMAIN. LA CLÉ DE L'AVENIR SE TROUVE DANS NOTRE DÉTERMINATION ET NOTRE DILIGENCE À INNOVER, À CRÉER ET À CHANGER.

TOUS LES PARTICIPANTS SAVENT QUE LA QUALITÉ DE VIE DONT NOUS SOMMES SI FIERES DANS CE PAYS NE REPOSE PAS UNIQUEMENT SUR DE BONS SOINS DE SANTÉ. ELLE EST ÉGALEMENT TRIBUTAIRE D'UN BON RÉGIME D'ENSEIGNEMENT, D'UN ENVIRONNEMENT PROPRE, DE PROGRAMMES DE CRÉATION D'EMPLOIS AMBITIEUX, D'UNE COMBINAISON IDÉALE DE SERVICES SOCIAUX ET DE RÉSEAUX D'AIDE SOCIALE, DE ROUTES ET DE SERVICES MUNICIPAUX CONVENABLES ET D'UNE MULTITUDE D'AUTRES SERVICES QUI SONT JUSTIFIÉS DE RÉCLAMER DES SUBVENTIONS GOUVERNEMENTALES SUFFISANTES. NOTRE QUALITÉ DE VIE, MESDAMES ET MESSIEURS, DÉPEND DE POLITIQUES PUBLIQUES SAINES.

NOUS CONVENONS TOUS QUE LA SANTÉ EXIGE BEAUCOUP PLUS QUE LE TRAITEMENT DE LA MALADIE. LES SERVICES DE SANTÉ DOIVENT RECEVOIR LEUR JUSTE PART DES RECETTES, MAIS IL EN VA DE MÊME DE TOUS LES AUTRES SERVICES ET PROGRAMMES QUE NOUS AVONS LA RESPONSABILITÉ ET LE DEVOIR DE FINANCER ET DE SOUTENIR POUR OBTENIR VRAIMENT UNE SOCIÉTÉ EN SANTÉ.

EN RÉACTION À LA NÉCESSITÉ DE CHANGEMENTS SUR LES PLANS ÉCONOMIQUE, DÉMOGRAPHIQUE ET TECHNOLOGIQUE, NOUS DEVONS IMPOSER AU RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DES RÉORIENTATIONS ET DES RAJUSTEMENTS VALABLES QUI NOUS PERMETTRONT DE RÉPONDRE AUX BESOINS ACTUELS ET, CE QUI EST TOUT AUSSI IMPORTANT, DE NOUS PRÉPARER À RÉPONDRE DEMAIN AUX BESOINS RÉELS ET CHANGEANTS DES CANADIENS.

L'OBJET MÊME DE LA PRÉSENTE CONFÉRENCE, LE NOUVEL ACCENT MIS SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES, CONSTITUE UNE ÉVOLUTION INTÉRESSANTE.

ÉTANT DONNÉ QUE NOUS SAVONS QU'IL NE SUFFIT PAS DE SEULEMENT TRAITER LES MALADIES, NOUS DEVONS DONNER AUX GENS LES MOYENS D'ASSUMER UNE PLUS GRANDE PART DE RESPONSABILITÉ À L'ÉGARD DE LEUR PROPRE SANTÉ.

DANS NOTRE SOCIÉTÉ CONTEMPORAINE, NOUS SAVONS QUE BON NOMBRE DE MALADIES POUR LESQUELLES LES GENS SE FONT SOIGNER, PAR EXEMPLE LE CANCER, LES MALADIES CARDIAQUES ET PULMONAIRES ET LES CIRRHOSSES, SONT SOUVENT LIÉES ÉTROITEMENT À L'ENVIRONNEMENT ET AU MODE DE VIE. C'EST POURQUOI NOUS DEVONS OFFRIR AUX GENS LES CHOIX, LES POSSIBILITÉS ET LES RENSEIGNEMENTS QUI LEUR PERMETTRONT DE PRENDRE LES BONNES DÉCISIONS CONCERNANT LEUR PROPRE SANTÉ.

IL Y A VINGT ANS, ABORDER LA QUESTION DE LA SANTÉ SIGNIFIAIT HABITUELLEMENT PARLER DU SYSTÈME DE TRAITEMENT DES MALADIES, C'EST-À-DIRE DE MÉDECINS, D'INFIRMIÈRES ET DE SALLES D'OPÉRATION.

AUJOURD'HUI, NOUS COMPRENONS MIEUX LE RAPPORT DIRECT ENTRE NOTRE SANTÉ, NOS CHOIX ET NOS DÉCISIONS.

NOUS SAVONS QUE LA SANTÉ N'EST PAS SEULEMENT L'ABSENCE DE MALADIES, MAIS UNE RESSOURCES PRÉCIEUSE POUR CONTINUER À VIVRE ET QUE LES INDIVIDUS DOIVENT ASSUMER UNE PLUS GRANDE PART DE RESPONSABILITÉ POUR PROTÉGER CETTE RICHESSE.

PAR LE TRUCHEMENT DE L'ÉDUCATION PUBLIQUE ET DE L'INFORMATION, NOUS DEVONS DONNER AUX GENS LES MOYENS DE CHOISIR LA VOIE DE LA SANTÉ POUR VIVRE LEUR VIE LE PLUS PLEINEMENT POSSIBLE DANS LA DIGNITÉ ET L'INDÉPENDANCE.

JE CROIS PAR CONSÉQUENT QUE NOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DOIT NON SEULEMENT OFFRIR UN ÉVENTAIL COMPLET DE SERVICES DE TRAITEMENT, MAIS AIDER LES GENS À ÊTRE BIEN, C'EST-À-DIRE À PROTÉGER ET À MAINTENIR LEUR ÉTAT DE SANTÉ.

À CETTE FIN, NOUS FAVORISONS UNE ÉVOLUTION POSITIVE VERS DES SOINS AUX PATIENTS DE MEILLEURE QUALITÉ ET UN EXAMEN DES RÉSULTATS.

POUR CELA, NOUS DEVONS SAVOIR CE QUI EST EFFICACE ET CE QUI NE L'EST PAS. OR, POUR LE SAVOIR, NOUS DEVONS NOUS DOTER DE NORMES CONVENUES ET PLUS PRÉCISES AFIN D'ASSURER UNE AFFECTATION CONVENABLE DES RESSOURCES.

UN CERTAIN NOMBRE D'ÉTUDES, TANT AU CANADA QU'AUX ÉTATS-UNIS, NOUS APPRENNENT QU'AU MOINS UNE PARTIE DE NOS PRÉCIEUSES RESSOURCES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ SONT CONSACRÉES À DES PROGRAMMES ET MÉCANISMES QUI, AU MIEUX, PRODUISENT DES RÉSULTATS DISCUTABLES.

À MON AVIS, UN NOUVEL ACCENT SUR LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ ET LA RESPONSABILITÉ CONSTITUERAIT UNE DES CLÉS D'UN AVENIR PLUS PROMETTEUR SUR LE PLAN DE LA SANTÉ. JE CROIS ÉGALEMENT QUE LA GARANTIE DE QUALITÉ EST DESTINÉE À DEVENIR NON SEULEMENT UN ÉLÉMENT DÉTERMINANT DE LA FORME FUTURE DES SOINS DE SANTÉ, MAIS ÉGALEMENT DES MODALITÉS DE FINANCEMENT DANS CE DOMAINE.

LORSQUE NOUS JETTERONS LES BASES D'UNE PLANIFICATION STRATÉGIQUE DE LA GESTION ET DES PROGRAMMES DE SOINS DE SANTÉ, IL NE FAUDRA PAS OUBLIER LES PRINCIPES SUR LESQUELS REPOSE NOTRE RÉGIME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ, SOIT L'UNIVERSALITÉ, L'ACCESSIBILITÉ ET LE CARACTÈRE GLOBAL.

GARDONS ÉGALEMENT PRÉSENTS À L'ESPRIT LES IMPÉRATIFS FINANCIERS, TECHNOLOGIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES QUI INFLUENT SUR LES SOINS DE SANTÉ ET RAPPELONS-NOUS QUE NOTRE CONCEPTION DE LA SANTÉ SERA MODIFIÉE PAR LE NOUVEL ACCENT MIS SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES.

DANS L'INTÉRÊT PUBLIC, NOUS DEVRONS EXIGER DES GARANTIES DE QUALITÉ ET LA RESPONSABILITÉ.

CHERCHONS DANS UNE ORIENTATION FORMELLE VERS LES SERVICES COMMUNAUTAIRES UN MOYEN DE DONNER DES SERVICES DE SOINS DE QUALITÉ, EFFICACES ET LE PLUS PRÈS POSSIBLE DU FOYER.

CHAQUE CANADIEN ENTRETIENT CET ESPOIR ET JE COMPTE QUE CE DERNIER DÉBOUCHERA SUR UN MEILLEUR AVENIR CARACTÉRISÉ PAR UNE PLUS GRANDE CONFIANCE ET UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ.

CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION

The Road Ahead for Health Promotion and Disease Prevention

Milton Terris, M.D., M.P.H.



VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

The Road Ahead for Health Promotion and Disease Prevention*
Milton Terris, M.D., M.P.H.**

The most serious defect of current public health policy—a global error which has affected Canada and every other country in the world—is the assumption that creating a national medical care system is equivalent to establishing a national health program. The confusion results in part from a conscious or unconscious desire to sell the product to the public. This is understandable but hardly commendable, since the technique used is strictly Madison Avenue, that is, misusing words to make things seem what they are not. Much the same comment applies to the increasingly fashionable term "health care system." As Kristine Gebbie, the health officer of the State of Oregon, has so aptly remarked, "It is regrettable that in the general discussion with the public, 'health care' is the euphemism for 'illness care' or 'treatment'" (1).

The confusion also results from the domination of public health policy in most countries by the medical profession, which is treatment-oriented. Unfortunately, also, many governments identify medical care as the most important aspect of health policy because it is politically the most popular; they pander to the opinion of the public, which, in its ignorance, follows the medical profession in focusing attention and concern on treatment services.

In the years preceding the establishment of the treatment-oriented British National Health Service, opinion in Great Britain appeared to be much clearer on this point. The British Medical Association, for example, stated that "greater attention should be paid to the economic, social, and environmental determinants of health." And in 1934 the London Labour Party's Health Research Group, which included such notable members as Herbert Morrison and Somerville Hastings, declared that "the three major causes of ill-health, in order of importance, were poverty, a defective environment, and inadequate medical care" (2).

Experience with the British and Canadian medical care systems has exposed the fallacy; equity in access to medical care has clearly failed to assure equity in health. In England and Wales, the inequality in mortality of social classes has actually widened since the establishment of the National Health Service. The two highest social classes (the professional and managerial classes) comprised 18%

* Presented to the National Symposium on Health Promotion and Disease Prevention, Victoria, B.C., Canada, March 13, 1989.

**Editor, *Journal of Public Health Policy*, 208 Meadowood Drive, South Burlington, Vermont 05403; Visiting Professor, Department of Preventive Medicine and Biostatistics, Faculty of Medicine, University of Toronto; Visiting Professor, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal.

of the adult male population in 1951 and 23% in 1971; their standardized mortality ratio (SMR) fell from 91 in 1951 to 80 in 1971. The two lowest social classes (the semi-skilled and unskilled workers) comprised 29% of the adult male population in 1951 and 26% in 1971; their SMR rose from 110 in 1951 to 121 in 1971. The difference in SMRs more than doubled, increasing from 19 in 1951 to 41 in 1971 (3).

Nor has the Canadian medical care system achieved equity in health. Russell Wilkins and Owen Adams have calculated disability-free life expectancy for Canada in the late 1970s by income level (4). They found a stepwise progression by income level from the lowest to the highest fifth of the population:

Income Level (fifths)	Life Expectancy (years)	Disability-Free Life Expectancy (years)
Total	74.6	61.0
Lowest	71.9	54.9
Second	73.8	59.9
Third	74.7	62.7
Fourth	75.5	63.1
Highest	76.4	65.9

In the late 1970s in Canada, the difference in life expectancy between people in the lowest and highest income levels was 4.5 years; for disability-free life expectancy, the difference was 11 years. Poor people in Canada have, on the average, only 55 years of healthy life, that is, life free from disability, as compared with 66 years of healthy life for rich Canadians.

It is essential that governments understand that a truly effective national health program must take account of all the determinants of health. Those determinants include three elements (1) the standard of living, (2) prevention, and (3) medical care. Governments must also understand that medical care is the least important of these basic elements of a national health program.

THE STANDARD OF LIVING

An effective national health program is inconceivable without the achievement of a healthful standard of living for the entire population. The improvement of physical and mental health cannot be realized unless fundamental human needs are met.

This is hardly a new concept; it was fully understood by the great pioneers of public health. In 1913, Milton J. Rosenau said that "Preventive medicine dreams of a time when there shall be enough for all, and every man shall bear his share of labor in accordance with his ability, and every man shall possess sufficient for the needs of his body and the demands of health." The point was reiterated in 1920 when C.-E.A. Winslow included in his definition of public health "the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a

standard of living adequate for the maintenance of health" (5, 6).

A healthful standard of living requires a sharp reversal of the world's perverted priorities, turning away from the astronomical escalation of military expenditures toward realization of the following objectives: (1) full employment; (2) adequate family income; (3) better working conditions; (4) decent and affordable housing, including the elimination of homelessness and the blight of urban and rural slums; (5) good nutrition; (6) greater financial support to public education and the elimination of financial barriers to higher education; (7) improved cultural and recreational opportunities; (8) extension of participatory democracy so that ordinary citizens may directly influence the policies that govern their lives in the workplace, in the home, and in the community; (9) affirmative action in all areas of national life, to end discrimination against minority groups based on gender, age, race, national background, social class, religious belief or sexual orientation; and (10) freedom from fear of violence and from the threat of war--whether nuclear, chemical, bacteriological or conventional. The diversion of national resources to military purposes makes it impossible to achieve a healthy economy and a healthful standard of living for people of all nations.

The standard of living represents the true content of the term "health promotion," the current popularity of which is matched only by the prevalence of confusion about its meaning. This confusion, I regret to say, started with the Lalonde Report and was then greatly magnified by the United States Public Health Service.

What is Health Promotion?

In 1974, the Lalonde Report (7) proposed five health strategies, listing the first as "A *Health Promotion Strategy* aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organizations so that they will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health." This error, the reduction of health promotion to health education and community organization, was reinforced by *Healthy People, The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention* (8), published by the U.S. Public Health Service in 1979. Chapter 10 of that report makes the following distinctions:

Medical care begins with the sick and seeks to keep them alive, make them well, or minimize their disability.

Disease prevention begins with a threat to health--a disease or environmental hazard--and seeks to protect as many people as possible from the harmful consequences of that threat.

Health promotion begins with people who are basically healthy and seeks the development of community and individual measures which can help them to develop lifestyles that can maintain and enhance the state of well-being.

There is an inconsistency in these distinctions; prevention also begins with people who are basically healthy. It is clear, furthermore, that the authors of *Healthy People* have defined health promotion to mean lifestyle modification for disease prevention. Immediately after making their distinctions, the authors

proceed to cite the Stanford Heart Disease Prevention Program and the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) as notable examples of "recent efforts to organize community resources for health promotion." And though Chapter 10 is titled "Health Promotion," it deals primarily with disease prevention.

What are the consequences of this definition? One is lack of credibility. When health professionals describe programs to lower serum cholesterol or reduce smoking as health-promotion instead of disease-prevention activities, they earn a reputation, eminently deserved, for vague concepts and muddled thinking.

Second, this opens the door to further confusion; medical care providers may also claim that they are involved in health promotion because they too contribute to the absence of disease and infirmity. Such escalation of confusion is not new; the term "tertiary prevention" transformed every surgeon into a practitioner of preventive medicine. More significant, however, are the policy consequences. The main result of the semantic confusion is the submergence and neglect of real health promotion.

The concept of health promotion refers primarily to the development of healthful living standards. These have a profound effect on positive health, which is not only a subjective state of well-being (including such elements as vitality, freedom from excess fatigue, and freedom from environmental discomforts such as excessive heat, cold, smog and noise), but also has a functional component, namely, the ability of the individual to participate effectively in society: at work, at home, and in the community.

The standard of living also plays a major role in the prevention of disease and injury. Infant diarrhea, for example, the single most important cause of death in the world today, is caused only secondarily by salmonellae, shigellae and other microorganisms; it is caused primarily by underdevelopment, poverty, lack of basic sanitation facilities, undernutrition, illiteracy, and ignorance of personal hygiene.

The state of nutrition is a major factor affecting resistance to many diseases. Inadequate education, resulting in both formal and functional illiteracy, is a serious obstacle to learning the use of preventive measures such as personal hygiene, immunization, and lifestyle changes. Poor working conditions and hazardous environments are the cause of much preventable disease and injury. Dead-end jobs, inadequate incomes, poor housing, discrimination, and lack of educational, cultural and recreational opportunities combine to produce low self-esteem, mental disfunction, alcoholism, drug addiction, suicide, homicide, wife and child abuse, and other violence directed against self, family, and community.

Access to medical care is markedly affected by factors other than financial barriers. Educational levels, transportation problems, and overcrowded, inadequate clinical facilities are particularly important in preventing optimal utilization of available resources.

Rehabilitation cannot stop with physical measures; it must include social and vocational rehabilitation as well. Societal facilities--buildings, sidewalks, buses, cars, parking lots, etc.--must incorporate provisions to meet the needs of handicapped persons. Jobs must be available for them, a difficult task to accomplish when a significant portion of the able-bodied workforce is unemployed.

Canada has played a very important role in fostering greater understanding

of the role of living standards in all aspects of health: enhancing well-being and functional capacity, preventing disease and injury, treating illness, and rehabilitating the disabled. It was no accident that Ottawa became the site of the first International Conference on Health Promotion in November 1986; the Canadian Minister of National Health and Welfare had previously emphasized "the means essential for the preservation of health—food, shelter, transportation, recreation, a healthy workplace," and urged intersectoral coordination in these areas (9).

The Ottawa Charter for Health Promotion (10) puts the issue squarely, stating:

The fundamental conditions and resources for health are peace, shelter, education, food, income, a stable eco-system, sustainable resources, social justice and equity. Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.

The prerequisites and prospects for health cannot be ensured by the health sector alone. More importantly, health promotion demands coordinated action by all concerned: by governments, by health and other social and economic sectors, by non-governmental and voluntary organizations, by local authorities, by industry and by the media. People in all walks of life are involved as individuals, families and communities. Professional and social groups and health personnel have a major responsibility to **mediate** between differing interests in society for the pursuit of health.

PREVENTION

In any period, the public health agenda is the resultant of two basic considerations: (1) The nature of the hazards to health, and (2) Our ability to counteract those hazards.

During the 1920s, 30s and 40s, it became increasingly apparent that, with the conquest of many of the major infectious diseases, the main causes of death and disability were the noninfectious diseases. But we were powerless to combat them; their epidemiology was unknown, and we clothed our ignorance with polysyllabic terms such as "degenerative," "idiopathic," "essential," and "psychosomatic."

Unable to prevent the occurrence of these diseases, we retreated to a second line of defense, namely, early detection and treatment—so-called secondary prevention. But secondary prevention has—with few exceptions—proved disappointing; it cannot compare in effectiveness with measures for primary prevention. The periodic physical examination, the cancer detection center, multiphasic screening, and a host of variations on these themes, have incurred enormous expenditures for relatively modest benefits. This is because once disease occurs, and no truly effective treatment is available, it is simply too late. Unfortunately, for most of the noninfectious diseases, the results of treatment are

problematic whether given early or late. Major exceptions are cancer of the cervix, for which early detection has proved dramatically effective, and, to a lesser extent, cancer of the breast, for which secondary prevention is still not feasible on a large scale because of the high costs of mammography and medical examination.

The Second Epidemiologic Revolution

Beginning in 1950, dramatic breakthroughs occurred in the epidemiology of the noninfectious diseases. During the next three decades, our epidemiologists forged powerful weapons to combat most of the major causes of death. In doing so, they initiated a second epidemiologic revolution which, if we act appropriately, will result in an enormous reduction in premature death and disability.

Heart disease, the first cause of death, results from high serum cholesterol caused by a diet rich in saturated fat and cholesterol; high blood pressure; cigarette smoking; and lack of physical exercise. All of these are amenable to public health action programs.

Cancer is the second major cause of death. Etiologic agents have been discovered for some of the most important cancer sites; these include radiation as well as tobacco, alcohol, and many other chemical carcinogens. All of these are amenable to public health action programs based on the epidemiologic triad, that is, preventing the agent from reaching the host through the establishment of environmental barriers.

Cerebrovascular disease, the third major cause of death, can be effectively prevented by treating the risk factor, high blood pressure.

Accidents are the fourth major cause of death, but rank first in terms of potentially productive years of life lost. Furthermore, they are not accidental; each type of so-called accident is the result of specific agent, host and environmental factors. Many of these can be eliminated through appropriate public health programs.

Chronic obstructive pulmonary disease, the sixth cause of death, results almost entirely from cigarette smoking, and is therefore preventable.

Chronic liver disease and cirrhosis, the eighth cause of death, is caused almost entirely by alcohol, and is therefore also preventable.

Given this situation, in which most of the leading causes of death are in large part preventable, the most important items on the public health agenda are perfectly clear. They are heart disease, cancer, stroke, injuries, chronic obstructive pulmonary disease, and cirrhosis of the liver.

The Lalonde Report

Canada was the first country to understand the implications of the new epidemiologic discoveries. In April 1974, the government of Canada published a remarkable document, *A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle Perspective de la Sante des Canadiens* (7), written by Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare. This was an achievement of which both French and English Canada can be very proud. Brilliantly conceived, and written with the

clarity and elegance that we associate with the French literary tradition, the Lalonde Report was and remains one of the great achievements of the modern public health movement. It is, to use the current vernacular, a "world-class" document.

The Lalonde Report was the first official government statement of policy that recognized the beginning of a new era in public health, the era of the second epidemiologic revolution which, just as the first epidemiologic revolution conquered infectious diseases, will, during the next few decades, achieve the conquest of some of the most important noninfectious diseases. The Report not only proclaimed this recognition to the world at large, but provided a conceptual basis for analyzing health problems and charting the approaches needed for their solution. It is to the great credit of the Lalonde Report that it did not stop at the conceptual level but actually delineated the specific measures that can be taken. The report is therefore not only a major contribution to public health theory, but an indispensable guide to action. The Report proposed five strategies:

1. A Health Promotion Strategy aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organizations so that they will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health.
2. A Regulatory Strategy aimed at using federal regulatory powers to reduce hazards to mental and physical health, and at encouraging and assisting provinces to use their regulatory powers to the same end.
3. A Research Strategy designed to help discover and apply knowledge needed to solve mental and physical health problems.
4. A Health Care Efficiency Strategy the objective of which shall be to help the provinces reorganize the system for delivering mental and physical health care so that the three elements of cost, accessibility and effectiveness are balanced in the interest of Canadians.
5. A Goal-Setting Strategy the purpose of which will be to set, in cooperation with others, goals for raising the level of the mental and physical health of Canadians and improving the efficiency of the health care system.

Not only were these general strategies proposed, but the Report listed "some possible courses of action" for each of the strategies. A total of 74 specific actions were listed; the Goal-Setting Strategy included, among others, the following:

The development of specific reductions in the incidence of major mortality and morbidity.

The establishment of specific dates by which reductions in mortality and morbidity are to be achieved.

The development of specific improvements in the

efficiency of the health care delivery system, including improvements in cost performance, accessibility of care, and the effectiveness of results.

The establishment of specific dates by which improvements are to be achieved.

Goal-Setting

Curiously, the Canadian government did nothing to carry out these goal-setting actions. I use the term "curiously" because the government of Canada had seen fit to inaugurate the national medical care program by granting the provinces 50% of the cost incurred. Surely the precedent existed for similar action for preventive services. Furthermore, the cost would have been infinitesimal when compared with the massive expenditures for the medical care program.

Whatever the explanations for the failure of the government to act, the fact is that the Lalonde Report was almost totally disregarded in Canada. It had a great impact on public health workers in the United States, however. Within five years, in 1979, Dr. Julius B. Richmond submitted the first *Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. That report, *Healthy People* (8), reviewed present preventable threats to health, and identified fifteen priority areas in which, with appropriate actions, further gains can be expected over the decade. The report established broad national goals--expressed as reductions in overall death rates or days of disability--for the improvement of the health of Americans at the five major life stages.

Specifically, the goals established were:

- To continue to improve infant health, and, by 1990, to reduce infant mortality by at least 35 percent, to fewer than nine deaths per 1,000 live births.
- To improve child health, foster optimal childhood development, and, by 1990, reduce deaths among children ages one to 14 years by at least 20 percent, to fewer than 34 per 100,000.
- To improve the health and health habits of adolescents and young adults, and, by 1990, to reduce deaths among people ages 15 to 24 by at least 20 percent, to fewer than 93 per 100,000.
- To improve the health of adults, and, by 1990, to reduce deaths among people ages 25 to 64 by at least 25 percent, to fewer than 400 per 100,000.
- To improve the health and quality of life for older adults, and, by 1990, to reduce the average annual number of days of restricted activity due to acute and chronic conditions by 20 percent, to fewer than 30 days per year for people aged 65 and older.

In the fall of 1980, the Surgeon General issued a second report, *Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation* (11), which established specific and quantifiable objectives necessary for the attainment of these broad goals. Objectives were established for each of the 15 priority areas identified in the Surgeon General's report: high blood pressure control; family planning;

pregnancy and infant health; immunization; sexually transmitted diseases; toxic agent control; occupational safety and health; accident prevention and injury control; fluoridation and dental health; surveillance and control of infectious diseases; smoking and health; misuse of alcohol and drugs; nutrition; physical fitness and exercise; and control of stress and violent behavior.

For each of the 15 areas, specific national objectives were defined for these five categories:

1. Improved health status.
2. Reduced risk factors.
3. Improved public and professional awareness.
4. Improved services and protection.
5. Improved surveillance and evaluation.

Unfortunately, the year that *Objectives for the Nation* appeared was the same year that Ronald Reagan was elected to the Presidency. Immediately on taking office in 1981, President Reagan and his Republican and Democratic supporters in the Congress instituted a 25% reduction (actually 35% because of inflation) in federal aid to the states for prevention programs and other community health services. Drastic cuts have been made in the budgets of the Environmental Protection Agency, the Occupational Safety and Health Administration, the Centers for Disease Control, the Smoking and Health program, and the Consumer Product Safety Commission. Major reductions have been made in school lunch, food stamps, the WIC (Women, Infants and Children) program, nutritional education, and other nutrition services. Serious cuts have been made in Medicaid, Medicare, and the National Health Service Corps, as well as in health professions education, including biostatistics, epidemiology, health administration, mental health, and occupational and environmental health.

Fulfillment of the objectives for the nation would have required large-scale federal grants to the states to carry out a greatly expanded program for prevention. No such grants were made or even considered. Instead, the existing grant funds were greatly reduced, with serious repercussions on the preventive services provided by state and local health departments.

What has been the result? In November 1986 the Public Health Service published *The 1990 Health Objectives for the Nation: A Midcourse Review* (12), which documents the progress made in meeting the objectives and evaluates the likelihood that they will be fulfilled by 1990. The results are a mixed bag; there are successes and there are failures. The table below gives the findings for specific objectives where quantitative data are available.

Early Successes

<u>Early Successes</u>	<u>Baseline</u>	<u>Objective</u>	<u>Midcourse</u>
Rubella cases per year	11,795	<1,000	604
Congenital rubella syndrome cases per year	62	<10	0
Poliomyelitis cases per year	26	<10	5
Children's home injury fatality rate per 100,000	6	5	5
Residential fire deaths per year	5,400	4,500	4,512
Alcohol-related vehicle fatalities per 100,000	11.5	9.5	9.5
Other alcohol-related accident deaths per 100,000	7	5	4.3
Cirrhosis and chronic liver disease deaths per 100,000	13.5	12	10.7
Per capita consumption, gallons of absolute alcohol	2.71	2.71	2.6

Likely Successes

Infant mortality per 1000 live births	14.1	9	10.6
Neonatal mortality per 1000 live births	9.5	6.5	7.3
Measles cases per year	13,597	< 500	2,704
Mumps cases per year	14,225	< 1,000	2,886
% children under 2 yr. immunized against			
diphtheria, pertussis, tetanus,	70 to 80%	90%	86%
measles, mumps, rubella, polio	70 to 80%	90%	74-82%
% children in day care and school, fully immunized	about 90%	95%	88-96%
Gonorrhea cases per 100,000	134	60	99
Motor vehicle fatality rate per 100,000	23.6	18	19
Child motor vehicle fatality rate per 100,000	9.0	5.5	6.7
Tap water scald injuries requiring hosp. care per year	5,400	2,000	3,133
Tuberculosis cases per 100,000	13.1	8	9.5
% of adults smoking	33.5	25	30.1
Mean serum cholesterol, adults 18-74 yrs. (1971-74)	218.5		
(1976-80)	213	200	?

Likely Failures

% of hypertensives that are successfully controlled	11	60	24
Unintended births to girls age 14 yr. and under	10,772	almost none	9,965
Fertility rates: 15 year olds	14	10	13.
16 year olds	31	25	29.
17 year olds	51	45	50.
Fertility rate in unmarried women age 15-44 yr.	25.7	18	31
Infant mortality rate in Blacks	23.1	12	19.
Perinatal mortality rate	15.4	5.5	11.
Maternal mortality per 100,000 live births	9.6	5	8
Blacks	25	5	18.
Whites	6.4	5	5.
American Indians	12.1	5	12
% live births under 2500 grams	7.1	5	6.
Blacks	12.9	9	12.
Pertussis cases per year	1,623	< 1,000	3,275
Tetanus cases per year	81	< 50	71
% high risks immunized against influenza	18	60	17
% high risks immunized against pneumococcal pn.	?	60	9.
Primary and secondary syphilis cases per 100,000	11	7	12
Congenital syphilis cases per 100,000	3.5	1.5	6.
Deaths from falls per 100,000	6.2	2	5.
Deaths from drowning per 100,000	2.6	1.5	2.
% of population with community water systems fluoridated	60	95	61.
Hepatitis B cases per 100,000	41	20	69

Canada's Health Status

Canada today enjoys a relatively high level of health. During the 1970s, significant improvement occurred; overall age-standardized mortality declined by about 12%, reflecting a 25% decline in ischemic heart disease and cerebrovascular disease. This is approximately equivalent to the decline in the age-adjusted mortality rate for ischemic heart disease during the same period in the United States. It is less steep, however, than the approximately 35% decline in cerebrovascular disease in the United States, a difference that probably reflects the impact of the relatively modest but effective campaign for hypertension control which was led by the U.S. Public Health Service in the 70s.

Unlike other cancer sites, cancer of the lung continues to rise in Canada, and alarmingly so in women, for whom the rate doubled in nine years. Chronic obstructive lung disease, another major killer caused primarily by cigarette smoking, is also on the rise in women. And cirrhosis of the liver, the result primarily of heavy alcohol consumption, increased by 31% in men and 21% in women during the 70s. Deaths from non-natural causes--accidents, poisoning, suicide and homicide--showed small declines, but continue to occur at a high level.

All of these diseases are preventable. Fifteen years after the publication of the Lalonde Report is long enough to wait before decisive action is taken. It would be "a consummation devoutly to be wished" if Canada were to act now to set goals as called for in the Lalonde Report, including the following objectives for major causes of death, disability and illness. Canada might well adopt as its goal, that by the year 2000, mortality will be reduced from 1988 levels for:

Ischemic heart disease	by 40%
Cerebrovascular disease	by 50%
Cancer	by 10%
Chronic obstructive lung disease	by 15%
Accidents, poisoning, violence	by 20%
Cirrhosis of the liver	by 20%

These goals are achievable. Even without a concerted public health campaign, age-adjusted mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease declined by 25 percent in nine years. The other goals are modest enough in view of the effective preventive measures available for our use.

The proposed goals for mortality are not limited to this parameter; they hold also for morbidity, that is, for illness and disability as well as for death. The approximately 25% decline in age-adjusted mortality for cerebrovascular disease did not result from improvements in the treatment of cerebrovascular disease from 1970 to 1979, for no such improvements occurred. Clearly the cause of the decline was increased public and professional awareness resulting in better case-finding for hypertension, the increased use of antihypertensive drugs, and the more effective maintenance of hypertension treatment and control. This was primary prevention of cerebrovascular disease; not only mortality was affected but incidence as well.

Similarly, primary prevention was mainly responsible for the approximately 25% decline in age-adjusted mortality for ischemic heart disease in the 70s. In view of the fact that 60 to 67 percent of deaths from myocardial infarction occur outside of hospital, while improvements in medical and surgical therapy have been shown to exert only a moderate effect on survivorship, treatment cannot be considered to have played a major role in the decline. On the contrary, all of the evidence points to risk-factor changes as the most important element in this unprecedented reduction.

During the coming period, we shall lower mortality not only from cerebrovascular disease and ischemic heart disease, but from accidents, poisoning, and violence; from lung and other cancers caused by tobacco, alcohol, and other environmental and occupational carcinogens; from cirrhosis of the liver; and from chronic lung disease caused by cigarette smoking and by the occupational exposures of miners, textile workers, grain workers and others exposed to harmful dusts. We shall also be effective in reducing mortality from a variety of other diseases caused by toxic chemicals and other environmental and occupational hazards. These victories will be accomplished by primary prevention, by methods which, unlike medical care, reduce incidence as well as mortality. We shall also make effective use of screening programs to discover cervical and breast cancer in the presymptomatic stage, thereby also preventing illness as well as mortality.

Implementation of these preventive measures is not only a question of achieving a higher level of health for the Canadian people, but achieving *equity* in health. Just as the Canadian national health insurance program was established to assure equity in medical care, so must this aim be pursued in the more fundamental goal of improving health status. The available evidence indicates that both in the United States and Canada, lifestyle modification has been more effective in the more highly educated groups. Canadian data on smoking prevalence is strikingly illustrative of this fact; as the table below indicates, smoking cessation has occurred primarily among the most highly educated. It is essential, therefore, that every effort be made to reach the less highly educated groups that comprise *the majority* of the Canadian population in order to make certain that W.H.O.'s Alma-Ata pledge of "Health for All by the Year 2000," to which Canada is a signatory nation, is indeed fulfilled for *all* the people of Canada.

This will require a sustained and well-funded campaign, led by Canada's local, provincial, and national health departments. "Well-funded" in this case requires only a small fraction of the many billions of dollars which Canada now spends for the treatment of these preventable diseases. All that is needed is the political will to achieve these objectives.

Prevalence of Regular Cigarette Smokers in
Men and Women by Education, Canada, 1977 and 1981.

Education	% of total pop'n		Percent smoking cigarettes			
	Men	Women	Men 1981	1977	Women 1981	% Change
Elementary	22.1	20.9	41.7	25.4	24.3	-4
Some secondary	49.8	54.0	39.5	34.4	33.5	-3
Some post-secondary	8.6	7.4	29.0	28.7	26.3	-8
Post-secondary certificate or diploma	8.7	11.1	33.1	32.6	24.5	-25
University degree	10.8	6.5	22.3	26.3	15.5	-41
Total	100.0	99.9	36.7	31.1	28.9	-7

Adapted by M. J. Aslley from *Health and Welfare Canada*, 1979, 1983.

CANADIAN PERSPECTIVES

At the International Conference on Health Promotion, held in November 1986 in Ottawa, the Canadian Minister of National Health and Welfare emphasized three leading strategies for health promotion: fostering public participation, strengthening community health services, and coordinating healthy public policy. He went on to state:

Community health services are already playing an indispensable role in preserving health. We believe that there should be an expansion of this role and that it should be expressly oriented toward promoting health and preventing disease. At the same time, we recognize that adjusting the present health care system in such a way as to assign more responsibility to community-based services means allocating a greater share of resources to such services. (13)

In his conclusion, however, the Minister appeared to retract his commitment to "allocating a greater share of resources to such services." He said:

We are aware that there are certain dilemmas inherent in health promotion... Secondly, there is the question of allocating resources during times of scarcity. The availability of financing is obviously a critical question for each of us. (13)

To my knowledge, the Government of Canada has so far failed not only to develop a national strategy for strengthening community health services oriented toward promoting health and preventing disease, but has not made any plans for a federal program of grants to the provinces for this purpose. I fear that we are seeing a repetition of the previous failure to implement the 1974 Lalonde Report. The present Government appears to be taking the same road, failing once again to provide the necessary financial support for health promotion and disease prevention.

In the United States, the Association of State and Territorial Health Officials

(ASTHO), with the support of other major health organizations, has proposed that Congress enact a National Health Objectives Act. This calls for federal aid to state health departments to ensure a concerted national effort to reach the Nation's Health Objectives for the Year 2000. ASTHO is recommending an initial funding level of \$4 per person, or a total of 1 billion dollars for an estimated 1990 population of 250 million. Of the total national health expenditures of about 500 billion dollars in 1987, only 3% was for government public health expenditures; medical care accounted for 94%. The ASTHO proposal would add less than one-fifth of 1% to total health expenditures in the United States.

The cost of medical care in the U.S. in 1987 was about \$1900 per capita. At an estimated 20% lower per capita cost in Canada, the Canadian medical care cost was about \$1500 U. S. per capita. For the 1987 Canadian population of about 26 million, total medical care expenditures were about \$40 billion U.S. or \$50 billion Canadian. Initial federal grants to the provinces of \$4 U.S. (\$5 Canadian) per capita to achieve Canadian Health Objectives for the Year 2000 would, given an estimate of less than 30 million Canadians in 1990, cost less than \$150 million Canadian. Since Canadian medical care expenditures will undoubtedly be greater in 1990 than the \$50 billion Canadian estimated for 1987, the initial health promotion and disease prevention expenditures would come to less than three-tenths of 1% of total medical care expenditures.

Can Canada afford this infinitesimal initial expenditure for health promotion and disease prevention? The answer obviously is yes. Indeed, the expenditure will more than pay for itself, since it will sharply reduce morbidity and the need for medical care spending.

Where should this initial expenditure come from? I propose taking it from the medical care budget; it will hardly be missed. I also propose that it be used almost entirely for disease prevention, since this is much less expensive than health promotion and will bring rapid results in lowering morbidity and thereby lowering medical expenditures.

Funds for health promotion--for housing, education, employment, adequate incomes, nutrition, improved recreational and cultural opportunities--require massive shifts in government spending priorities. I propose that the funds needed for health promotion be taken from two sources:

1. The medical care budget

The Canadian medical care system is based on fee-for-service payment of physicians. Both Canadian and U.S. studies have convincingly demonstrated that this method of payment produces unnecessary surgical and other procedures and represents an unnecessary drain on national resources. Salaried group practice plans and community health centers have up to 40% lower hospitalization costs and 25% lower overall costs than fee-for-service programs, with equal or better results in terms of health status outcomes. If tomorrow the Canadian medical care system were to convert completely from solo practice fee-for-service to community health centers and health service organizations, the medical care budget would be lowered from \$50 billion to less than \$40 billion, an annual saving of at least \$10 billion. It is time, indeed, for the government of Canada to carry out the Lalonde

Report's "Health Care Efficiency Strategy the objective of which shall be to help the provinces reorganize the system for delivering mental and physical health care so that the three elements of cost, accessibility and effectiveness are balanced in the interest of Canadians."

2. The military budget

In 1986-87, the military budget accounted for 8.4% of the total Canadian expenditures of \$117 billion, or about \$10 billion.

In 1987, also, there occurred a World Conference of Health Workers on Social Well-Being, Health and Peace, with 121 participants from 50 countries; they represented 53 health workers' trade unions; 12 public health associations, including the Canadian Public Health Association and the American Public Health Association; 13 professional organizations; 4 other national health organizations; and 12 international and regional organizations. The conference adopted The Health Workers' Declaration on the Arms Race and the Threat of Nuclear War (14), which stated that:

The arms race has resulted in severe cutbacks in health services, in education, in nutrition, in every aspect of human services. Deadly diseases continue to destroy and maim our children, our men and women, because safe water supplies and basic sanitation facilities are not available, because people have no access to medical services, because they are hungry and undernourished, because they are poor and illiterate and know little of personal hygiene.

The Conference recommendations include the following statement:

We fully endorse the United Nations' General Assembly recommendation for a 10% reduction in the military budgets of the permanent members of the Security Council and allotment of 10% of the funds so released for assistance to the developing countries.

One result of the Conference was the establishment of a World Council of Health Worker Organizations for Social Well-Being, Health and Peace. In January of this year, the International Coordinating Committee of the World Council decided to extend the above recommendation to include all the nations of the world. Every country will be urged to reduce its military budget by 10%, and industrial countries will be asked to allot 10% of the funds so released for assistance to developing countries. If the Canadian Government were to accept this recommendation, 900 million dollars would be available to fund health promotion in Canada. Together with the funds available from reorganizing the Canadian medical care system, Canada could divert billions of dollars from basically unproductive uses--unnecessary surgical and other medical procedures and unnecessary military expenditures--to productive, life-enhancing health promotion and disease prevention programs, to a better future for all Canadians.

REFERENCES

1. Gebbie, K. "Impact of Cutbacks: Alternative Futures in Public Health Nursing," *J. Pub. Health Policy* 7 (1986): 21-27.
2. Fox, D. M. *Health Policies, Health Politics: The British and American Experience, 1911-1965*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986, pp. 63-64.
3. Richard G. Wilkinson, editor. *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. London and New York: Tavistock Publications, 1986, p. 14.
4. Wilkins, R., and Adams, O. B. "Health Expectancy in Canada, Late 1970s; Demographic, Regional and Social Dimensions," *Am. J. Pub. Health* 73 (1983): 1073-80.
5. Winslow, C. -E. A. *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*. New Haven: Yale University Press, 1923, p. 1.
6. Hiscock, I. V. "Public Health at Yale," *Yale J. Biology and Med.* 19 (1947): 393-98.
7. Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle Perspective de la Sante des Canadiens*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, 1974.
8. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service. *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1979.
9. Epp, J. "National Strategies for Health Promotion," *Canadian J. Public Health* 77 (1986): 243-48.
10. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
11. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. *Promoting Health / Preventing Disease: Objectives for the Nation*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office, 1980.
12. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. *The 1990 Health Objectives for the Nation: A Midcourse Review*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1986.
13. Epp, J. "Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion," *Canadian J. Public Health* 88 (1986): 393-407.
14. World Conference of Health Workers on Social Well-Being, Health and Peace, Moscow, May 29-June 1, 1987. "The Health Workers' Declaration on the Arms Race and the Threat of Nuclear War," *J. Public Health Policy* 8 (1987): 251-53.

DOCUMENT: 860-236/009

TRADUCTION DU SECRÉTARIAT

CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

La voie de la promotion de la santé et
de la prévention des maladies

Milton Terris, M.D., M.H.P.



VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

La voie de la promotion de la santé et
de la prévention des maladies*
Milton Terris, M.D., M.H.P.**

L'erreur la plus grave que traduisent les politiques publiques actuelles en matière de santé, partout sur la planète, soit autant au Canada que dans tous les autres pays, est de présumer qu'en établissant un régime national de soins médicaux on crée un programme national de santé. Cette confusion est en partie le résultat d'un désir conscient ou inconscient de faire accepter le produit par le public. On peut comprendre ce cheminement, mais difficilement s'en réjouir parce que la technique devient essentiellement un exercice de publicité qui consiste à utiliser à tort les mots pour donner une fausse impression. On peut faire à peu près les mêmes constatations à l'égard d'une expression de plus en plus à la mode, soit "régime de soins de santé". Comme Kristine Gebbie, inspectrice de la santé publique de l'État d'Oregon me le faisait remarquer avec tant de justesse, il est regrettable que dans le contexte des discussions générales avec le public, les "soins de santé" servent d'euphémisme pour "guérison de maladies" ou "traitement"(1).

Cette confusion est également causée par le fait que, dans la plupart des pays, la profession médicale est axée sur le traitement et qu'elle a un effet déterminant sur les politiques publiques touchant la santé. Il est également malheureux que bon nombre de gouvernements considèrent les soins médicaux comme l'élément le plus important des politiques de la santé parce qu'il est le plus populaire sur le plan politique. Les gouvernements cèdent aux caprices du public qui, par ignorance, se fie à la profession médicale et accorde plus d'attention et d'importance aux services de traitement.

Au cours des années qui ont précédé la création du British National Health Service qui met l'accent sur le traitement, les prises de position en Grande-Bretagne semblaient beaucoup plus tranchées sur ce point. Par exemple, la British Medical Association déclarait qu'il fallait s'intéresser davantage aux facteurs économiques, sociaux et environnementaux qui influent sur la santé. En 1934, le Health Research Group du parti travailliste de Londres, duquel faisaient partie des membres aussi éminents que Herbert Morrison et Somerville Hastings, affirmait que les trois principales causes de la maladie sont, en ordre d'importance, la pauvreté, un environnement médiocre et des soins de santé inadéquats(2).

* Exposé au Colloque national sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, Victoria (C.-B.), Canada, le 13 mars 1989.

** Éditeur du Journal of Public Health Policy, 208 Meadowood Drive, South Burlington (Vermont) 05403; professeur invité, Département de médecine préventive et de biostatistique, faculté de médecine de l'Université de Toronto; professeur associé, Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Les régimes britanniques et canadiens de soins médicaux ont mis en relief cette erreur. De toute évidence, l'égalité d'accès aux soins médicaux n'a pu garantir l'égalité sur le plan de l'état de santé. En réalité, en Angleterre et au pays de Galles, l'écart entre le taux de mortalité des différentes classes sociales s'est élargi depuis la mise en place du National Health Service. Les deux classes sociales les plus élevées (les professionnels et les cadres) comptaient pour 18 p. 100 de la population mâle adulte en 1951 et 23 p. 100 en 1971. Le ratio standardisé de mortalité (RSM) pour ce groupe est tombé de 91 en 1951 à 80 en 1971. Les deux classes sociales qui se situent au bas de l'échelle (soit les travailleurs spécialisés et non spécialisés) représentaient 29 p. 100 de la population mâle adulte en 1951 et 26 p. 100 en 1971. Le ratio standardisé de mortalité pour ce groupe a augmenté de 110 en 1951 à 121 en 1971. L'écart entre le ratio pour les deux groupes a plus que doublé, passant de 19 en 1951 à 41 en 1971(3).

Le régime canadien de soins médicaux n'a pas, lui non plus, réussi à assurer l'égalité sur le plan de la santé. Russell Wilkins et Owen Adams ont calculé l'espérance de vie sans incapacité et en fonction du revenu au Canada à la fin des années 1970(4). Ils ont constaté une progression par paliers de revenu du cinquième qui se trouve au bas de l'échelle au cinquième qui se situe à son sommet.

Niveau de revenu (cinquièmes)	Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)
Total	74,6	61,0
Premier	71,9	54,9
Deuxième	73,8	59,9
Troisième	74,7	62,7
Quatrième	75,5	63,1
Cinquième	76,4	65,9

À la fin des années 1970, au Canada, la différence entre l'espérance de vie des gens de la plus basse catégorie et de la plus haute catégorie s'établissait à 4,5 années. Si l'on tient compte du facteur d'absence d'incapacité, l'écart d'espérance de vie était de 11 ans. Les Canadiens pauvres peuvent en moyenne compter vivre 55 ans en santé, c'est-à-dire sans incapacité, comparativement à 66 ans de vie en santé pour les Canadiens riches.

Il est indispensable que les gouvernements prennent conscience qu'un programme national de santé véritablement efficace doit faire entrer en ligne de compte tous les facteurs qui influent sur la santé. Ces facteurs comportent trois éléments : (1) le niveau de vie, (2) la prévention, et (3) les soins médicaux. Les gouvernements doivent également savoir que les soins médicaux sont l'élément de base le moins important du programme national de santé.

LE NIVEAU DE VIE

Il est inconcevable d'obtenir un programme national de santé efficace sans d'abord offrir un niveau de vie de qualité à l'ensemble de la population. Il est impossible d'améliorer la santé physique et mentale si les besoins humains fondamentaux ne sont pas d'abord satisfaits.

Ce principe n'est pas nouveau et les grands pionniers en matière de santé publique le comprenaient bien. En 1913, Milton J. Roseman déclarait que la médecine préventive rêve du jour où il aura assez de ressources pour tous et où chaque homme assumera sa part de la tâche en fonction de ses aptitudes et réussira à satisfaire les besoins de son corps et à répondre aux exigences de la santé. C.-E.A. Winslow abondait dans le même sens en 1920 lorsqu'il définissait notamment la santé publique comme l'établissement de mécanismes sociaux devant assurer à chaque individu, au sein de la collectivité, un niveau de vie propre à favoriser son maintien en bonne santé (5 et 6).

L'établissement d'un niveau de vie favorisant la santé exige qu'on remplace radicalement les fausses valeurs de l'humanité. La progression astronomique des dépenses militaires doit cesser au profit des objectifs suivants : (1) le plein emploi, (2) un revenu familial convenable, (3) de meilleures conditions de travail, (4) des logements convenables et abordables, y compris la disparition du phénomène des sans-abri et du fléau des taudis en zones urbaine et rurale, (5) une bonne alimentation, (6) l'injection de ressources financières plus importantes dans l'éducation publique et l'élimination des obstacles financiers à l'enseignement supérieur, (7) l'amélioration des possibilités d'épanouissement culturel et d'accès aux loisirs, (8) l'élargissement de la participation démocratique afin que les citoyens ordinaires puissent influencer directement sur les politiques auxquelles ils sont soumis en milieu de travail, au foyer et au sein de la collectivité, (9) l'action positive dans toutes les sphères de la vie nationale, la fin de la discrimination à l'égard de groupes minoritaires pour des raisons de sexe, d'âge, de race, d'origine ethnique, de classe sociale, de convictions religieuses ou d'orientation sexuelle, et (10) l'absence de menaces de violence ou de guerre nucléaire, chimique, bactériologique ou classique. La dilapidation des ressources nationales à des fins militaires empêche de construire une économie forte et d'offrir un niveau de vie satisfaisant aux habitants de tous les pays.

Le niveau de vie est le véritable enjeu de la "promotion de la santé". La popularité actuelle de cette dernière expression n'a d'égale que la confusion qu'elle suscite. Je dois malheureusement reconnaître que le rapport Lalonde est la source de cette confusion, mais que l'United States Public Health Service l'a par la suite grandement aggravée.

En quoi consiste la promotion de la santé?

En 1974, le rapport Lalonde (7) proposait cinq stratégies en matière de santé. Il décrivait la première comme "Une stratégie de promotion de la santé destinée à informer, sensibiliser et aider les particuliers et les organismes, afin qu'ils acceptent d'assumer une responsabilité plus grande et de participer plus activement aux activités liées à l'amélioration de la santé mentale et physique". Le document intitulé "Healthy People, The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention" (8), publié en 1979 aux États-Unis par le U.S. Public Health Service, répétait l'erreur consistant à réduire la promotion de la santé à une éducation en matière de santé et à une organisation communautaire. Le chapitre 10 du rapport en question fait les distinctions suivantes :

(TRADUCTION)

Les soins médicaux sont destinés à garder les personnes malades en vie, à les guérir ou à minimiser leurs incapacités.

La prévention des maladies part d'une menace pour la santé, sous forme de maladie ou de risque environnemental, et elle s'efforce de mettre le plus grand nombre possible de personnes à l'abri des conséquences néfastes de cette menace.

La promotion de la santé s'intéresse d'abord aux gens qui sont fondamentalement en santé et elle cherche à définir des mesures communautaires ou individuelles qui aideront ces gens à adopter des modes vie susceptibles de maintenir ou d'améliorer leur bien-être.

On retrouve une incohérence dans cette distinction parce que la prévention s'occupe également des gens qui sont fondamentalement en santé. Il est également évident que les auteurs de l'ouvrage définissaient la promotion de la santé comme une modification du mode de vie pour prévenir les maladies. Immédiatement après avoir apporté ces précisions, les auteurs citaient le "Stanford Heart Disease Prevention Program" et le "Multiple Risk Factor Intervention Trial" (MRFIT) comme exemples qui illustrent bien des efforts récents visant à organiser les ressources communautaires en vue de la promotion de la santé. Par ailleurs, même si le chapitre 10 a comme titre "la promotion de la santé", il traite surtout de prévention des maladies.

Quelles sont les conséquences de cette définition? La première est l'absence de crédibilité. Lorsque des professionnels de la santé décrivent des programmes destinés à réduire le cholestérol sérique ou à lutter contre le tabagisme

comme des programmes de promotion de la santé plutôt que comme des programmes de prévention des maladies, ils méritent d'être accusés de formuler des concepts vagues et des idées confuses.

Deuxièmement, la porte est ainsi ouverte à une plus grande confusion. Les fournisseurs de soins médicaux peuvent prétendre qu'ils s'occupent de promotion de la santé parce qu'ils contribuent, eux aussi, à éliminer les maladies et les infirmités. Cet accroissement de la confusion n'est pas nouveau. L'expression "prévention tertiaire" a fait de chaque médecin un spécialiste de la médecine préventive. Il importe toutefois surtout de voir les conséquences sur le plan des politiques. Le vocabulaire ambigu a pour principal effet de reléguer au second plan la véritable promotion de la santé et de faire en sorte qu'elle soit négligée.

Le principe de la promotion de la santé renvoie d'abord et avant tout à l'établissement de niveaux de vie favorables. Ces derniers sont intimement liés à un bon état de santé qui correspond non seulement à un état subjectif de bien-être (comprenant des éléments tels que la vitalité, l'absence de fatigue excessive et d'inconfort provoqué par des conditions environnementales, notamment trop de chaleur, de froid, de pollution atmosphérique et de bruit) mais comporte également des éléments fonctionnels, par exemple l'aptitude de l'individu de s'intégrer à la société de manière satisfaisante au travail, au foyer et dans la collectivité.

Un niveau de vie de qualité contribue également largement à empêcher les maladies et les blessures. Par exemple, la salmonelle, la shigella et les autres micro-organismes ne sont que les causes secondaires de la diarrhée infantile responsable du plus grand nombre de décès dans le monde aujourd'hui. Les causes premières en sont le sous-développement, la pauvreté, l'absence d'installations sanitaires indispensables, la sous-alimentation, l'analphabétisme et l'ignorance en matière d'hygiène personnelle.

La qualité de l'alimentation est un facteur capital pour résister à de nombreuses maladies. Une éducation insuffisante, qui se traduit par un analphabétisme formel et fonctionnel, constitue un obstacle majeur à l'apprentissage de mesures préventives, notamment l'hygiène personnelle, l'immunisation et les modifications au mode de vie. La médiocrité des conditions de travail et les risques environnementaux sont responsables d'un grand nombre de maladies et de blessures qui pourraient être évitées. Les emplois sans avenir, les revenus insuffisants, les logements insalubres, la discrimination et l'absence de possibilités sur le plan de l'éducation, de la culture et des loisirs sont des facteurs qui se combinent et qui entraînent une diminution de l'amour-propre, des problèmes mentaux, l'alcoolisme, la narcomanie, le suicide, des homicides, des agressions contre le conjoint et les enfants, ainsi que la violence dirigée contre soi-même, sa famille et sa collectivité.

Des facteurs autres que les obstacles financiers entravent de façon évidente l'accès aux soins médicaux. Le niveau d'éducation, les difficultés de transport, les cliniques débordées et insuffisantes sont des éléments qui nuisent grandement à l'utilisation optimale des ressources disponibles.

La réadaptation ne peut se limiter aux mesures à caractère physique, elle doit être étendue aux secteurs social et professionnel. Les installations d'une collectivité, soit les édifices, les trottoirs, les autobus, les automobiles, les stationnements, etc. doivent être munis de dispositifs conformes aux besoins des personnes handicapées. Il faut offrir des emplois à ces dernières, mais la tâche peut être difficile lorsqu'une part considérable de la population active normale est en chômage.

Le Canada a joué un rôle extrêmement important pour accroître la compréhension à l'égard de l'incidence du niveau de vie sur tous les aspects de la santé, y compris l'amélioration du bien-être et de la capacité de fonctionner, la prévention des maladies et des blessures, le traitement des maladies et la réadaptation des personnes handicapées. Ce n'est pas par hasard que la première Conférence internationale pour la promotion de la santé a eu lieu à Ottawa en novembre 1986. Le ministre canadien de la Santé nationale et du Bien-être social avait déjà mis l'accent sur les instruments essentiels à la protection de la santé, soit la nourriture, l'hébergement, les moyens de transport, les loisirs et un milieu de travail sain et il avait souhaité une coordination intersectorielle à l'égard de ces éléments (9).

La Charte d'Ottawa pour la promotion et de la santé (10) aborde la question sans détour :

"Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsable de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé."

LA PRÉVENTION

Les questions d'actualité en matière de santé sont toujours dictées par deux considérations fondamentales : (1) la nature des dangers pour la santé, et (2) notre aptitude à lutter contre ces dangers.

Au cours des années 1920, 1930 et 1940, il devint de plus en plus évident, en raison de la victoire contre de nombreuses maladies infectieuses importantes, que les principales causes de décès et d'incapacité étaient les maladies non infectieuses. Nous étions toutefois impuissants contre elles parce que leur caractère épidémiologique nous était inconnu. Nous avons caché notre ignorance derrière des mots savants comme "dégénératif", "idiopathique", "essentiel" et "psychosomatique".

Incapables d'empêcher la manifestation de ces maladies, nous nous sommes retranchés derrière une deuxième ligne de défense qui est le dépistage et le traitement, ou ce qu'on appelle la prévention secondaire. À quelques exceptions près, cette dernière s'est toutefois révélée d'une efficacité décevante comparativement à la prévention primaire. Les examens médicaux périodiques, les centres de détection du cancer, le dépistage multiplié et les nombreuses variations de ces techniques ont entraîné des frais énormes, mais ont eu relativement peu de succès. La raison en est que lorsque surgit une maladie pour laquelle il n'existe aucun traitement vraiment efficace, il est tout simplement trop tard. Malheureusement, dans le cas de la plupart des maladies non infectieuses, les résultats du traitement, que ce dernier soit anticipé ou tardif, laissent à désirer. Les principales exceptions sont le cancer du col de l'utérus à l'égard duquel un dépistage précoce s'est révélé extrêmement efficace et, dans une mesure moindre, le cancer du sein pour lequel il n'existe encore aucune prévention secondaire sur une grande échelle en raison des frais élevés des mammographies et des examens médicaux.

La deuxième révolution épidémiologique

À partir de 1950, on assiste à des progrès spectaculaires en matière d'étude épidémiologique des maladies non infectieuses. Au cours des trois décennies qui ont suivi, les spécialistes de l'épidémiologie ont forgé de puissants instruments pour lutter contre les principales causes de décès. Ainsi, ils ont lancé la deuxième révolution épidémiologique qui, si nous savons l'exploiter convenablement, entraînera une chute radicale du nombre de morts prématurées et d'incapacités.

Les maladies cardiaques, la principale cause de décès, sont le résultat d'un taux de cholestérol sérique trop élevé produit par une alimentation trop riche en graisse saturée et en cholestérol, l'hypertension artérielle, le tabagisme et l'absence d'exercice physique. Or, tous ces défauts peuvent être corrigés par des programmes de santé publique.

Le cancer est la deuxième principale cause de décès. On a toutefois découvert les agents étiologique pour certains des principaux types de cancer, ce sont notamment les radiations, le tabac, l'alcool et bon nombre d'autres produits chimiques cancérogènes. Or, des programmes de santé publique inspirés de la triade épidémiologique, dont le but consiste à empêcher l'agent d'atteindre le sujet en érigeant des obstacles environnementaux, permettraient de vaincre tous ces facteurs.

On peut prévenir efficacement les maladies cérébro-vasculaires, qui constituent la troisième plus importante cause de décès en réduisant les risques, c'est-à-dire en traitant pour l'hypertension.

Les accidents sont la quatrième cause de décès en chiffres, mais la plus importante en termes du nombre probable d'années productives perdues. Par ailleurs, on ne peut pas vraiment parler d'accidents parce que chacun de ces derniers a une cause précise liée à un agent, un sujet et un milieu précis. Des programmes de santé publique convenables permettraient d'éliminer une grande quantité de ces causes.

Il est possible d'éviter la sixième principale cause de décès, la bronchopneumopathie chronique obstructive, parce que celle-ci découle presque uniquement de l'usage de la cigarette.

L'alcool est responsable de pratiquement toutes les maladies du foie et les cirrhoses qui constituent la huitième cause de décès. Il est donc possible de les prévenir.

Étant donné qu'il est possible de lutter avec succès contre la plupart des principales causes de mortalité, les éléments les plus importants en matière de santé publique sont parfaitement évidents. Ce sont les maladies cardiaques, le cancer, les attaques d'apoplexie, les blessures, la bronchopneumopathie chronique obstructive et la cirrhose du foie.

Le rapport Lalonde

Le Canada était le premier pays à comprendre les conséquences des nouvelles découvertes épidémiologiques. En avril 1975, le gouvernement du Canada rendait public un document remarquable intitulé "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens" (7) qui était l'oeuvre de Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Tant le Canada français que le Canada anglais ont raison d'être extrêmement fiers de cet ouvrage. Inspiré par le génie et écrit avec la clarté et l'élégance caractéristiques de la tradition littéraire française, le rapport Lalonde était et demeure une des grandes réalisations du mouvement contemporain de la santé publique. Pour employer une expression populaire, il s'agit d'un document de "calibre mondial".

Le rapport Lalonde était le premier énoncé officiel de politiques gouvernementales qui reconnaissait qu'une nouvelle ère avait commencé en matière de santé publique. Cette ère était celle de la deuxième révolution épidémiologique qui, à l'instar de la première qui avait vaincu les maladies infectieuses, devait venir à bout de certaines des plus graves maladies non infectieuses au cours des prochaines décennies. Non seulement le rapport proclamait-il cette reconnaissance devant le monde entier, mais il définissait en outre des fondements théoriques pour analyser les problèmes de santé et paver la voie des solutions. Il y a lieu de grandement se réjouir que le rapport Lalonde ne se soit pas arrêté aux considérations théoriques, mais qu'il ait en fait décrit des mesures précises qui pourraient être prises. Par conséquent, le rapport apporte non seulement une contribution majeure à la théorie de la santé publique, mais il constitue en outre un guide d'action indispensable. Il propose cinq stratégies :

- "1. Une stratégie de promotion de la santé destinée à informer, sensibiliser et aider les particuliers et les organismes, afin qu'ils acceptent d'assumer une responsabilité plus grande et de participer plus activement aux activités liées à l'amélioration de la santé mentale et physique.
2. Une stratégie de réglementation destinée à utiliser les pouvoirs réglementaires conférés à l'administration fédérale, pour réduire les risques sanitaires d'ordre physique et mental, et à encourager les provinces à utiliser leurs pouvoirs de réglementation à cette même fin.
3. Une stratégie de recherche conçue pour favoriser la découverte et l'application de connaissances nécessaires à la solution de problèmes de santé physique et mentale.
4. Une stratégie d'efficacité des soins qui a pour but d'aider les provinces à réorganiser le système de distribution des soins pour maladies mentales ou physiques de façon que les éléments - coût, accès et qualité - soient équilibrés au mieux des intérêts des Canadiens.
5. Une stratégie d'établissement d'objectifs qui sera destinée à fixer, en collaboration avec d'autres secteurs, les objectifs nécessaires à l'amélioration tant de la santé mentale et physique des Canadiens que de l'efficacité du système de soins."

Non seulement le rapport proposait-il des stratégies générales, mais il présentait en outre "des actions possibles" pour chacune des stratégies. En tout, 74 interventions précises étaient énumérées dont les suivantes sous la rubrique stratégie d'établissement de buts :

"L'élaboration de moyens spécifiques destinés à réduire la fréquence des principales causes de maladie et de décès.

L'établissement de délais précis pour la réduction des causes de morbidité et de décès.

L'élaboration de mesures précises en vue d'améliorer le système de distribution des soins, notamment au point de vue coût, accessibilité des soins et rendement des services.

L'établissement de délais précis pour la réalisation de ces mesures."

L'établissement d'objectifs

Curieusement, le gouvernement du Canada n'a pris aucune mesure pour effectuer ces interventions. J'ai employé l'expression "curieusement" parce que le gouvernement du Canada avait jugé bon de lancer le programme national de soins médicaux en subventionnant 50 p. 100 des frais des provinces. Il existait ainsi sûrement un précédent dont on aurait pu s'inspirer pour les services de prévention. De plus, le coût aurait été infime comparativement aux dépenses énormes au titre du programme de soins médicaux.

Quelles que soient les raisons pour lesquelles le gouvernement n'a pas pris de mesures, il n'en demeure pas moins que le rapport a été presque entièrement mis de côté au Canada. Il a toutefois une forte influence sur les travailleurs en santé publique aux États-Unis. Moins de cinq ans plus tard, soit en 1979, le Dr Julius B. Richmond présentait le premier "Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention". Ce rapport, intitulé "Healthy People" (8), résumait les principaux dangers pour la santé qui peuvent être évités et cernait quinze secteurs prioritaires dans lesquels des interventions adéquates permettraient d'améliorer encore la situation au cours de la prochaine décennie. Le rapport énumérait des objectifs nationaux globaux, sous forme de réductions visées au chapitre des taux globaux de décès et du nombre de journées perdues pour cause d'incapacité, pour améliorer l'état de santé des Américains à cinq stades importants de leur vie.

Les objectifs précis suivants étaient fixés :

- Continuer d'améliorer la santé des jeunes enfants et, d'ici 1990, réduire le taux de mortalité infantile d'au moins 35 p. 100 pour qu'il tombe en deçà de neuf décès pour 1000 naissances vivantes.
- Améliorer la santé des enfants, favoriser leur développement optimal et, d'ici 1990, réduire le nombre de décès parmi les enfants de 1 à 14 ans d'au moins 20 p. 100 pour qu'il soit inférieur à 34 pour 100 000 enfants.
- Améliorer l'état de santé et les habitudes favorables à la santé des adolescents et des jeunes adultes et, d'ici 1990, réduire d'au moins 20 p. 100 le nombre de décès dans la catégorie des 15 à 24 ans pour qu'il soit inférieur à 93 pour 100 000 personnes.
- Améliorer l'état de santé des adultes de façon à réduire d'au moins 25 p. 100 le nombre de décès parmi le groupe des 25 à 64 ans d'ici 1990 pour que le nombre de décès soit inférieur à 400 pour 100 000 personnes.
- Améliorer la santé et la qualité de vie des personnes âgées, 65 ans et plus, de façon à réduire de 20 p. 100, ou à moins de 30 jours, d'ici 1990, le nombre annuel moyen de jours d'activité réduite à cause de graves problèmes chroniques.

À l'automne 1980, le ministre de la Santé des États-Unis (Surgeon General) rendait public un deuxième rapport intitulé "Promoting Health/Preventing Disease : Objectives for the Nation" (11) qui définissait les résultats précis et quantifiables qu'il fallait obtenir pour atteindre les objectifs globaux. Des objectifs étaient fixés dans chacun des quinze secteurs prioritaires mis en relief dans le rapport : le contrôle de l'hypertension artérielle, la planification familiale, la grossesse et la santé du jeune enfant, l'immunisation, les maladies transmises sexuellement, le contrôle des agents toxiques, la santé et la sécurité au travail, la prévention des accidents et la diminution des blessures, le traitement au fluor et l'hygiène dentaire, la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses, le tabagisme et la santé, l'abus d'alcool et de drogues, l'alimentation, la condition physique et l'exercice, ainsi que le contrôle du stress et des comportements violents.

Des objectifs nationaux spécifiques étaient établis pour chacun des quinze éléments dans les cinq catégories suivantes :

1. L'amélioration de l'état de santé
2. Une diminution des risques
3. Une sensibilisation accrue du public et des professionnels
4. Des services et une protection améliorés
5. Une meilleure surveillance et évaluation.

Malheureusement, les "Objectives for the nation" ont été rendus publics l'année même où Ronald Reagan a été élu président. Dès son entrée en fonction en 1981, le Président, avec l'aide de partisans républicains et démocrates au Congrès, a réduit de 25 p. 100 (en réalité 35 p. 100 à cause de l'inflation) l'aide fédérale versée aux États au titre des programmes de prévention et des autres services de santé communautaire. D'énormes compressions ont touché les budgets de l'Environmental Protection Agency (organisme pour la protection de l'environnement), de l'Occupational Safety and Health Administration (administration responsable de la santé et de la sécurité au travail), des Centers for Disease Control (les centres de contrôle des maladies), du Smoking and Health Program (programme de lutte contre le tabagisme pour améliorer la santé) et de la Consumer Product Safety Commission (commission responsable de la sécurité des produits de consommation). D'importantes restrictions ont eu des effets sur le repas en milieu scolaire, les coupons alimentaires, le programme WIC (femmes, nourrissons et enfants), l'enseignement relatif à l'alimentation et d'autres services de nutrition. On a sabré largement dans Medicaid, Medicare, le National Health Service Corps et l'enseignement professionnel touchant la santé, y compris dans les secteurs de la biostatistique, de l'épidémiologie, de l'administration de la santé, de la santé mentale, ainsi que de la santé et de la sécurité au travail et dans le milieu.

Pour atteindre les objectifs nationaux, il aurait fallu que le gouvernement fédéral verse aux États de grosses subventions destinées à leur aider à mettre en oeuvre un programme de prévention très élargi. Aucune subvention semblable ne fut accordée et il n'en a même jamais été question. On a plutôt grandement réduit les subventions qui existaient déjà, ce qui a entraîné de fortes répercussions sur les services de prévention offerts par les départements de santé locaux et des États.

Quels furent les résultats? En novembre 1986, le Public Health Service (service de santé publique) publiait un document intitulé "The 1990 Health Objectives for the Nation : A Midcourse Review (12)" qui résume la progression des objectifs et évalue les chances d'atteindre ces objectifs en 1990. Les résultats sont inégaux et il y a la fois des succès et des échecs. Le tableau suivant présente les constatations concernant les objectifs précis pour lesquels il existe des données quantitatives.

<u>Succès anticipés</u>	<u>De base</u>	<u>Objectif</u>	<u>Mi-parcours</u>
Nombre de cas de rubéole par année	11 795	1 000	604
Nombre de cas de rubéole congénitale évolutive par année	62	10	0
Nombre de cas de poliomyélite par année	26	10	5
Accidents mortels des enfants au foyer pour 100 000	6	5	5
Nombre annuel de décès causés par un incendie au foyer	5 400	4 500	4 512
Nombre de décès liés à l'alcool au volant pour 100 000	11.5	9.5	9.5
Autres morts accidentelles imputables à l'alcool pour 100 000	7	5	4.3
Décès pour cause de cirrhoses et de maladies chroniques du foie pour 100 000	13.5	12	10.7
Consommation de gallons d'alcool anhydre par habitant	2.71	2.71	2.69
<u>Succès probables</u>			
Mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	14.1	9	10.6
Mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	9.5	6.5	7.3
Nombre de cas de rougeole par année	13 597	500	2 704
Nombre de cas d'oreillons par année	14 225	1 000	2 886
Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans immunisés contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, le rougeole, les oreillons, la rubéole et la polio	70 to 80% 70 to 80%	90% 90%	86% 74-82%
Pourcentage d'enfants de garderies et d'écoles entièrement immunisés	Environ 90% 134	95% 60	88-96% 99
Nombre de cas de gonorrhée pour 100 000			
Décès causés par des accidents d'automobile pour 100 000	23.6	18	19
Enfants décédés à la suite d'accidents d'automobile	9.0	5.5	6.7
Nombre de personnes ébouillantées par l'eau du robinet qui doivent être hospitalisées chaque année	5 400	2 000	3 133
Nombre de cas de tuberculose pour 100 000	13.1	8	9.3
Pourcentage d'adultes qui fument	33.5	25	30.5
Taux de cholestérol sérique moyen, adultes de 18 à 74 ans	218.5 213	200	?
	(1971-1974) (1976-1980)		

<u>Échecs probables</u>	<u>De base</u>	<u>Objectif</u>	<u>Mi-parcour</u>
Pourcentage de personnes hypertendues dont on a réussi à contrôler le problème	11	60	24
Grossesses non désirées parmi les jeunes filles de 14 ans et moins	10 772	presque aucune	9 965
Taux de fécondité : 15 ans	14	10	13.
16 ans	31	25	29.
17 ans	51	45	50.
Taux de fécondité des femmes non mariées de 15 à 44 ans	25.7	18	31
Taux de mortalité infantile parmi les Noirs	23.1	12	19.
Taux de mortalité périnatale	15.4	5.5	11.
Taux de décès de la mère pour 100 000 naissances vivantes	9.6	5	8
Noirs	25	5	18.
Blancs	6.4	5	5.
Autochtones	12.1	5	12
Pourcentage de naissances vivantes d'un poids inférieur à 2 500 grammes	7.1	5	6.
Noirs	12.9	9	12.
Cas de coqueluche par année	1 623	1 000	3 275
Cas de tétanos par année	81	50	71
Pourcentage de personnes à risque élevé immunisées contre la grippe	18	60	17
Pourcentage des personnes à risque élevé immunisées contre la pneumonie pneumocoque	?	60	9.
Cas de syphilis primaire et secondaire pour 100 000	11	7	12
Cas de syphilis congénitale pour 100 000	3.5	1.5	6.
Décès à la suite de chutes pour 100 000	6.2	2	5.
Décès par noyade pour 100 000	2.6	1.5	2.
Pourcentage de la population desservie par des aqueducs communautaires distribuant de l'eau avec fluorures	60	95	61.
Cas d'hépatite B pour 100 000	41	20	69

La situation sur le plan de la santé au Canada

Le Canada a une population qui se trouve relativement en bonne santé. Au cours des années 1970, on a assisté à des améliorations considérables. Le taux de mortalité globale normalisé en fonction de l'âge a baissé de 12 p. 100 en raison d'une diminution de l'ordre de 25 p. 100 des maladies coronariennes et cérébro-vasculaires. Ces chiffres correspondent à peu près à la baisse du taux de décès, rajusté en fonction de l'âge, pour cause de maladies coronariennes au cours de la même période aux États-Unis. Ils sont toutefois inférieurs à la chute de quelque 35 p. 100 des maladies cérébro-vasculaires aux États-Unis, mais le phénomène s'explique par l'effet d'une campagne efficace, quoique relativement modeste, de contrôle de l'hypertension artérielle menée par le service de santé publique des États-Unis au cours des années 1970.

Contrairement aux autres formes de cancer, le cancer du poumon est en hausse au Canada et à un rythme alarmant parmi les femmes, puisque pour ces dernières le taux a doublé en neuf ans. La bronchopneumopathie chronique obstructive, une autre importante cause de mortalité liée surtout à la cigarette, est également en progression parmi les femmes. L'incidence des cirrhoses du foie, qui sont surtout le résultat d'une grande consommation d'alcool, a augmenté de 31 p. 100 parmi les hommes et de 21 p. 100 parmi les femmes au cours des années 1970. Les décès de causes non naturelles, soit les accidents, les empoisonnements, les suicides et les homicides, ont légèrement régressé, mais leur nombre est toujours considérable.

Or il est possible de prévenir toutes ces maladies. Quinze année se sont écoulées depuis la publication du rapport Lalonde et il est grandement temps de prendre de mesures concrètes. Il serait éminemment souhaitable que le Canada couronne la démarche en fixant dès maintenant des objectifs comme le prône le rapport Lalonde, notamment les objectifs ci-dessous à l'égard des principales causes de décès, d'incapacité et de maladie. Le Canada pourrait adopter comme but une réduction des taux de mortalité d'ici l'an 2000 dans les proportions suivantes par rapport à 1988 :

L'insuffisance coronarienne	de 40 p. 100
Les maladies cérébro-vasculaires	de 50 p. 100
Le cancer	de 10 p. 100
La bronchopneumopathie chronique obstructive	de 15 p. 100
Les accidents, les empoisonnements et la violence	de 20 p. 100
Les cirrhoses du foie	de 20 p. 100

Ces objectifs sont réalistes. Même en l'absence d'une campagne de santé publique concertée, le taux de décès rajusté en fonction de l'âge pour cause de maladies coronariennes et cérébro-vasculaires a chuté de 25 p. 100 en neuf ans. Les autres objectifs sont également assez modestes eu égard à l'efficacité des mesures de prévention que nous pouvons mettre en oeuvre.

Les objectifs proposés ne sont pas limités à la mortalité, ils sont tout aussi valables pour la morbidité, c'est-à-dire les maladies et les incapacités. La diminution de quelque 25 p. 100 du taux de décès rajusté en fonction de l'âge pour les maladies cérébro-vasculaires n'est pas le résultat d'une amélioration du traitement de ces maladies entre 1970 et 1979, parce qu'il n'y a eu aucune amélioration de la sorte. Manifestement, la cause de la baisse est une sensibilisation accrue du public et des professionnels qui s'est traduite par un meilleur recensement des cas d'hypertension, un recours accru aux médicaments antihypertenseurs ainsi qu'un traitement et un contrôle plus efficaces de l'hypertension. Cette formule, qui est de la prévention primaire des maladies cérébro-vasculaires, a permis de réduire non seulement le nombre de décès, mais également la fréquence de la maladie.

La prévention primaire était également le principal facteur responsable d'une régression de l'ordre de quelque 25 p. 100 du taux de mortalité rajusté en fonction de l'âge pour insuffisance coronarienne au cours des années 70. Compte tenu du fait qu'entre 60 et 67 p. 100 des décès imputables à un infarctus du myocarde surviennent à l'extérieur de l'hôpital et qu'on a constaté que l'amélioration de la thérapie médicale et chirurgicale n'a eu qu'un effet modéré sur les chances de survie, on ne peut affirmer que le traitement constitue un facteur déterminant de cette baisse. Au contraire, tout indique que cette baisse sans précédent s'explique surtout par des changements au niveau du facteur de risque.

Au cours de la prochaine période, nous réduirons la mortalité causée non seulement par les maladies cérébro-vasculaires et les infarctus du myocarde, mais également par les accidents, les empoisonnements et la violence, les cancers du foie et autres associés au tabac, à l'alcool et à la présence d'autres matières cancérogènes dans l'environnement et en milieu de travail, les cirrhoses du foie, les maladies chroniques du foie causées par la cigarette et les produits auxquels sont exposés les mineurs, les travailleurs du textile et du secteur des céréales ainsi que d'autres personnes qui respirent beaucoup de poussière nocive. Nous veillerons également à lutter efficacement pour réduire le taux de mortalité pour diverses autres maladies causées par des produits chimiques toxiques ou des dangers dans le milieu ou au travail. La prévention primaire permettra de remporter ces victoires en utilisant des méthodes qui, contrairement aux soins médicaux, réduiront à la fois la fréquence et le taux de mortalité. En outre, nous exploiterons efficacement les programmes de dépistage du cancer du cerveau et du sein avant que les symptômes n'apparaissent de manière à prévenir à la fois les maladies et la mort.

La mise en oeuvre de ces mesures préventives vise non seulement à améliorer l'état de santé des Canadiens, mais également à établir une certaine justice en matière de santé. Le programme canadien d'assurance-santé avait comme objectif d'assurer l'équité sur le plan des soins médicaux et cette volonté doit également inspirer la démarche pour atteindre l'objectif encore plus fondamental d'une amélioration de l'état de santé. Il existe, tant au Canada qu'aux États-Unis, des preuves qui démontrent qu'une modification du mode de vie donne de meilleurs résultats à l'égard des groupes dont le niveau d'éducation est plus élevé. Les données canadiennes relatives au tabagisme illustrent le phénomène de façon frappante. Le tableau ci-dessous nous apprend que le plus grand nombre de personnes ayant cessé de fumer se retrouve dans le groupe dont le niveau d'éducation est le plus élevé. Il est donc indispensable qu'aucun effort ne soit ménagé pour atteindre les groupes qui ont un niveau d'éducation moins élevé, puisque ces groupes constituent la majorité de la population canadienne. Il faudra qu'il en soit ainsi si l'on veut vraiment que la déclaration Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la santé, intitulée "Santé pour tous d'ici l'an 2000" et dont le Canada est signataire, remplisse ses promesses pour tous les Canadiens.

Pour cela, tous les services locaux de santé ainsi que les ministères provinciaux et nationaux devront mener une campagne soutenue en ce sens et disposer des ressources financières requises à cette fin. Dans ce cas-ci, on entend par l'expression "ressources financières requises" juste une petite fraction des nombreux milliards de dollars que le Canada consacre à l'heure actuelle au traitement de maladies qu'il est possible de prévenir. Il ne manque que la volonté politique d'atteindre les objectifs en question.

Ventilation des fumeurs réguliers de cigarettes au Canada
d'après le sexe et le niveau d'éducation en 1977 et 1981

Niveau d'éducation	Pourcentage de fumeurs de cigarettes					
	Pourcentage de la population totale		Hommes		Femmes	% de changement
	Hommes	Femmes	1981	1977	1981	
Élémentaire	22.1	20.9	41.7	25.4	24.3	-4
Certaines études secondaires	49.8	54.0	39.5	34.4	33.5	-3
Certaines études postsecondaires	8.6	7.4	29.0	28.7	26.3	-8
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	8.7	11.1	33.1	32.6	24.5	-25
Diplôme universitaire	10.8	6.5	22.3	26.3	15.5	-41
Total	100.0	99.9	36.7	31.1	28.9	-7

Adapté par M.J. Ashley en utilisant les données de Santé et Bien-être social Canada pour 1979 et 1983.

LES PERSPECTIVES CANADIENNES

À la Conférence internationale pour la promotion de la santé, tenue en novembre 1986 à Ottawa, le ministre canadien de Santé nationale et Bien-être social mettait l'accent sur trois principales stratégies de promotion de la santé : la stimulation de la participation du public, l'amélioration des services de santé communautaire, et la coordination de politiques publiques favorisant la santé. Il a ajouté :

"Les services de santé communautaire jouent déjà un rôle indispensable dans la conservation de la santé. Nous croyons que ce rôle devrait être élargi et orienté expressément vers la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Nous reconnaissons par ailleurs que pour ajuster le système actuel de façon à confier plus de responsabilités aux services communautaires, il faudrait leur allouer une plus grande part des ressources." (13)

Dans sa conclusion, toutefois, le Ministre semblait revenir sur son engagement d'"allouer une plus grande part des ressources aux services communautaires" puisqu'il affirmait :

"Nous sommes conscients de l'existence de certains dilemmes inhérents à la promotion de la santé ...
En second lieu, vient le problème de l'octroi de ressources en période de restrictions économiques. Trouver des fonds est évidemment une question cruciale pour chacun de nous." (13)

En autant que je sache, le gouvernement du Canada a jusqu'à présent non seulement négligé d'élaborer une stratégie nationale destinée à améliorer les services de santé communautaires axés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, mais il n'a en outre prévu aucun programme fédéral de versement de subventions aux provinces à cette fin. Je crains que nous n'assistions à une nouvelle mise au rancart comme se fut le cas avec le rapport Lalonde de 1974. Le gouvernement actuel procède apparemment de la même manière en ne fournissant toujours pas l'aide financière indispensable à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

Aux États-Unis, l'Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO), avec l'appui d'autres organisations importantes du secteur de la santé, a demandé au Congrès d'adopter une loi nationale sur les objectifs touchant la santé. La loi en question prévoit le versement d'une aide fédérale aux ministères de la Santé des États afin que s'effectue un effort national concerté en vue d'atteindre les objectifs nationaux relatifs à la santé en l'an 2000. L'ASTHO recommande des subventions initiales de 4 dollars par personne ou un montant total d'un milliard de dollars pour une population que devrait s'établir à quelque 250 000 000 habitants en l'an 1990. En 1987, seulement 3 p. 100 de l'ensemble des dépenses nationales au titre de la santé, qui s'élevaient à quelque 500 milliards de dollars, ont été consacrées aux programmes gouvernementaux de santé publique tandis que les soins médicaux obtenaient 94 p. 100 des dépenses. La proposition de l'ASTHO se traduirait par une augmentation inférieure à un cinquième d'un pour cent des dépenses totales dans le secteur de la santé aux États-Unis.

En 1987, le coût des soins médicaux aux États-Unis s'établissait à quelque 1 900 dollars par habitant. Au Canada, il était inférieur dans une proportion évaluée à 20 p. 100. C'est donc dire qu'il était de l'ordre d'environ 1 500 dollars US par habitant. Pour une population de quelque 26 millions de Canadiens en 1987, les dépenses totales au titre des soins médicaux ont atteint environ 40 milliards de dollars américains ou 50 milliards de dollars canadiens. Des subventions fédérales initiales aux provinces de 4 dollars US (5 dollars CAN) par habitant afin d'atteindre les objectifs canadiens en matière de santé en l'an 2000 coûteraient moins de 150 millions de dollars canadiens si l'on suppose que le Canada comptera moins de 30 millions d'habitant en 1990. Étant donné que les dépenses du régime canadien de soins médicaux seront, en 1990, certainement supérieures à celles qu'on avait prévues pour 1987, soit 50 milliards de dollars, les dépenses initiales favorisant la promotion de la santé et de la prévention des maladies correspondraient à moins de trois dixièmes d'un pour cent des dépenses totales dans le secteur des soins médicaux.

Le Canada a-t-il les moyens d'affecter des sommes initiales aussi infimes à la promotion de la santé et à la prévention des maladies? Il faut évidemment répondre par l'affirmative. De fait, les dividendes seront supérieurs aux dépenses et ces dernières entraîneront une diminution marquée de la morbidité et de la nécessité d'injecter des ressources dans les soins médicaux.

D'où ces fonds initiaux doivent-ils provenir? Je propose que nous puissions dans le budget des soins médicaux où leur absence se fera peu sentir. Je propose en outre qu'on les investisse presque entièrement dans la prévention des maladies parce que cette démarche est beaucoup moins coûteuse que la promotion de la santé et qu'elle aura rapidement pour résultat de réduire les maladies et, par le fait même, les dépenses médicales.

L'affectation de ressources financières aux fins de la promotion de la santé, notamment au chapitre de l'habitation, de l'éducation, de l'emploi, du revenu adéquat, de l'alimentation, et de l'amélioration des possibilités de loisirs et d'épanouissement culturel, exige que soient radicalement modifiées les priorités gouvernementales en matière de dépenses. Je propose que les ressources indispensables pour la promotion de la santé proviennent des deux sources suivantes :

1. Le budget des soins médicaux

Le régime canadien de soins médicaux repose sur le principe d'honoraires à l'acte versés aux médecins. Des études tant canadiennes qu'américaines ont démontré hors de tout doute que cette formule de paiement provoque un recours excessif aux chirurgies et autres interventions médicales, drainant ainsi inutilement des ressources nationales. Les frais d'hospitalisation et le coût d'ensemble des régimes reposant sur le principe de cabinets salariés et de centres de santé communautaires sont inférieurs aux frais des programmes comportant des honoraires à l'acte dans des proportions respectives de 40 p. 100 et 25 p. 100 tandis que leurs résultats sur le plan de la santé sont comparables ou supérieurs. Si le régime canadien de soins médicaux devait entièrement passer dès demain de la médecine individuelle rémunérée à l'acte à un système de centres de santé communautaire et d'organisations de services de santé, le budget des soins médicaux tomberait de 50 milliards de dollars à moins de 40 milliards de dollars, ce qui donnerait une économie annuelle d'au moins 10 milliards de dollars. Il est vraiment temps que le gouvernement du Canada mette en oeuvre la "stratégie d'efficacité des soins" (du rapport Lalonde) qui a pour but d'aider les provinces à réorganiser le système de distribution des soins pour maladies mentales ou physiques de façon que les éléments - coût, accès et qualité - soient équilibrés au mieux des intérêts des Canadiens."

2. Le budget militaire

En 1986-1987, le budget militaire absorbait 8,4 p. 100 (ou environ 10 milliards de dollars) de l'ensemble des dépenses du Canada qui s'élevaient à 117 milliards.

C'est également en 1987 qu'avait lieu la conférence mondiale des travailleurs de la santé qui portait sur le mieux-être sur le plan social, la santé et la paix. Cette conférence a réuni 121 participants de 50 pays. Ces participants représentaient 53 syndicats des travailleurs de la santé, 12 associations de santé publique, y compris l'Association canadienne de la santé publique et l'American Public Health Association, 13 organisations professionnelles, 4 autres organisations nationales de la santé et 12 organisations internationales et régionales. La conférence a adopté la déclaration des travailleurs de la santé sur la course aux armements et la menace d'une guerre nucléaire (14)

dans laquelle on retrouve l'affirmation que la course aux armements s'est traduite par des compressions considérables touchant les services de santé, l'éducation, l'alimentation et tous les autres secteurs de services sociaux. Il y était en outre dit que les maladies mortelles continuent de détruire et d'estropier nos enfants, des femmes et des hommes en raison de l'absence d'un approvisionnement en eau de qualité et d'installations sanitaires, parce que les gens n'ont pas accès à des services médicaux, parce qu'ils sont affamés et sous-alimentés, parce qu'ils sont pauvres et analphabètes et parce qu'ils ne connaissent pas grand-chose à l'hygiène personnelle.

Les recommandations de la conférence comportaient une déclaration en vertu de laquelle les participants donnaient un appui sans réserve à la recommandation de l'Assemblée générale des Nations Unies visant une réduction des budgets militaires des membres permanents du Conseil de sécurité de l'ordre de 10 p. 100 et l'affectation de 10 p. 100 de la somme ainsi économisée pour venir en aide aux pays en voie de développement.

Une des conséquences de la conférence fut la création d'un conseil mondial des organisations de travailleurs de la santé pour le mieux-être sur le plan social, la santé et la paix. En janvier de l'année en cours, le comité international de coordination du conseil mondial décidait d'étendre la recommandation à tous les pays du monde. Chacun d'entre eux sera encouragé à réduire son budget militaire dans une proportion de 10 p. 100 tandis qu'on demandera aux pays industrialisés de consacrer 10 p. 100 des sommes ainsi économisées pour venir en aide aux pays en voie de développement. Si le gouvernement du Canada acceptait cette recommandation, 900 millions de dollars pourraient servir à financer la promotion de la santé au pays. En combinant cette somme aux économies découlant de la réorganisation du régime canadien de soins médicaux, le Canada pourrait prendre des milliards de dollars consacrés essentiellement à des fins non productives, telles que les chirurgies et autres interventions médicales superflues ainsi que les dépenses militaires excessives, pour les réaffecter à des programmes productifs de promotion de la santé et de prévention des maladies afin d'améliorer les conditions de vie de l'ensemble des Canadiens et leur assurer un meilleur avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gebbie, K. "Impact of Cutbacks: Alternatives Futures in Public Nursing," J.Pub. Health Policy 7 (1986): 21-27.
2. Fox, D.M. Health Policies, Health Politics: The British and American Experience, 1911-1965. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986, p. 63 et 64.
3. Richard G. Wilkinson, éditeur. Class and Health: Research and Longitudinal Data. London et New York: Tavistock Publications, 1986, p.14.
4. Wilkins, R., and Adams, O.B. "Health Expectency in Canada, Late 1970s; Demographic, Regional and Social Dimensions," Am. J. Pub. Health 73 (1983): 1073-80.
5. Winslow, C.-E.A. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. New Haven: Yale University Press, 1923, p. 1.
6. Hiscock, I.V. "Public Health at Yale," Yale J. Biology and Med. 19 (1947): 393-98.
7. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Ottawa: Ministère de la Santé nationale du Bien-être social, 1974.
8. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service. Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1979.
9. Epp, J. "National Strategies for Health Promotion," Revue canadienne de santé publique 77 (1986): 243-48.
10. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: Association canadienne de santé publique, 1986.
11. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Promoting Health / Preventing Disease: Objectives for the Nation. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1980.

12. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. The 1990 Health Objectives for the Nation: A Midcourse Review. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1986.
13. Epp, J. "La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé", ministère des Approvisionnements et Services, 1986, p. 10 à 13.
14. World Conference of Health Workers on Social Well-Being, Health and Peace, Moscou, du 29 mai au 1^{er} juin 1987. "The Health Workers' Declaration on the Arms Race and the Threat of Nuclear War," J.Public Health Policy 8(1987): 251-53.

CA 1
Z 4
|- C52

DOCUMENT: 860-236/010

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION

Speaking Notes

Honourable Peter A. Dueck

Minister of Health

British Columbia



VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

SPEAKING NOTES
HONOURABLE PETER A. DUECK
MINISTER OF HEALTH

NATIONAL SYMPOSIUM - HEALTH PROMOTION
AND
DISEASE PREVENTION

VICTORIA CONFERENCE CENTRE
VICTORIA, B.C.

WEDNESDAY, MARCH 15, 1989

DISTINGUISHED GUESTS, LADIES AND GENTLEMEN. FIRST LET ME SAY WHAT A PLEASURE IT HAS BEEN FOR THE MINISTRY OF HEALTH AND THE CAPITAL REGIONAL DISTRICT TO HAVE HOSTED THIS MOST SIGNIFICANT CONFERENCE....THIS SHARING OF CRITICAL OPINION.

AS THE FIRST OF THREE NATIONAL HEALTH CARE SYMPOSIA, HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION OFFERS US AN EXCITING OPPORTUNITY TO POSITIVELY INFLUENCE HEALTH POLICY IN CANADA AS WE MOVE TOWARD THE NEXT CENTURY.

AS WE CLOSE THIS SYMPOSIUM, IT IS IMPORTANT TO REFLECT ON WHY WE ARE HERE AND TO LOOK AT HOW MUCH CLOSER WE ARE IN ACHIEVING OUR GOALS.

AS THE MINISTER OF HEALTH, I AND MY COLLEAGUES ACROSS CANADA WERE ASKED BY OUR PREMIERS TO BEGIN THE PROCESS...TO ACT AS A CATALYST FOR NATION-WIDE PLANNING ON COORDINATED INITIATIVES.

THESE INITIATIVES IN HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION NEED TO BE BALANCED WITH THE ATTENTION NOW BEING DIRECTED TOWARD THE TREATMENT OF DISEASE.

THIS HAS BEEN A SINCERE, IMPORTANT AND BOLD CHALLENGE.

THE SIGNIFICANCE OF THIS CHALLENGE IS UNDERSCORED BY THE VERY FACT THAT THE NEWS MEDIA ARE PAYING LITTLE ATTENTION TO THE ISSUES WE HAVE RAISED AND THE CONCERNS WE HAVE ADDRESSED.

THE BOTTOM LINE IS THAT FOR THE MEDIA, HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION HAS NO SEX APPEAL.

AT THIS STAGE IN THE DEVELOPMENT OF OUR DISCUSSIONS AND OUR DESIRE TO RAISE THE PROFILE OF THE IMPORTANCE OF HEALTH PROMOTION, WE MUST REALIZE THAT IT SIMPLY DOES NOT HAVE THE SAME GRAPHIC, SENSATIONAL APPEAL AS THE TYPE OF HEADLINES THE PUBLIC HAS BEEN ACCUSTOMED TO.

NO SCATTERED DEBRIS OF A PLANE WRECKAGE.

NO FLASHING LIGHTS AND SIRENS.

NO LIFE AND DEATH CRISIS BEING RESCUED BY HIGH TECH INTERVENTION.

NONE OF THE EMOTIONAL IMPACT OF SEEING A STRUGGLING INFANT SAVED BY A SEEMINGLY MIRACULOUS NEW PROCEDURE.

LET'S FACE IT,....IT'S A PRETTY TOUGH JOB TRYING TO COMPETE FOR SPACE AND AIR TIME WITH STORIES ABOUT HOSPITAL BED CLOSURES AND THE HUMAN SUFFERING THAT GOES WITH THAT.

THE IMPORTANT QUESTION WE NEED TO ASK, IS:

"DOES THE NEWS MEDIA'S PRE-OCCUPATION WITH THE CURATIVE SIDE OF SICKNESS AND DISEASE.....IN SHORT THE HEALTH CARE SYSTEM WE HAVE TODAY....ACCURATELY REFLECT PUBLIC OPINION..... OR IS IT DESIGNED TO JUST SELL PAPERS".

WITHOUT A RENEWED FOCUS ON THE ISSUES WE'VE DISCUSSED OVER THE PAST FEW DAYS, THE PUBLIC WILL NOT WILLINGLY EMBRACE, NOR FULLY UNDERSTAND, THE NEED TO REALLOCATE RESOURCES TO PREVENTION IN THE PURSUIT OF HEALTH.

AND HEREIN LIES THE CRITICAL POLITICAL CHALLENGE.

WHO IS IT THAT WANTS TO BE FIRST OVER THE TOP?

IS IT A BRAVE SOLDIER OR A FOOL, WHO ALONE, IS WILLING TO TEST THE OPPOSITION ON THE FIRING LINE?

MAKE NO MISTAKE.....THIS IS A BATTLE IN ITS OWN RIGHT, THIS SHIFTING OF PUBLIC ATTITUDE, BELIEF AND EXPECTATION.

AND LIKE ANY BATTLE, THERE IS MORE THAN JUST SECURITY IN NUMBERS, THERE IS A DEFINITE STRENGTH IN HAVING US MOVE OVER THE TOP IN A UNIFIED FASHION.

THIS IS THE MOST URGENT CHALLENGE FACING NOT ONLY MINISTERS OF HEALTH, BUT ALL POLITICIANS.

THE POLITICAL REALITY, IS THAT THERE IS A REAL NEED FOR A GROUND SWELL OF PUBLIC SUPPORT BEFORE GOVERNMENTS WILL BEGIN TO INITIATE MEANINGFUL ECONOMIC SHIFTS TOWARD THE PREVENTIVE SIDE OF HEALTH.

I KNOW PERSONNALLY, AND I BELIEVE I CAN SPEAK ON BEHALF OF MY POLITICAL COLLEAGUES, THAT THESE FEW DAYS OF DISCUSSION HAVE GREATLY EXPANDED MY VISION OF THE ESSENTIAL ROLE WHICH HEALTH PROMOTION AND THE PREVENTION OF DISEASE WILL PLAY IN THE FUTURE OF HEALTH IN THIS COUNTRY.

WE WERE ASKED TO FOCUS ON THE CHALLENGES FACING US WITH RESPECT TO HEALTH PROMOTION AND WE WERE ASKED TO LOOK AT THE ACTIONS NEEDED TO IMPLEMENT HEALTH PROMOTION POLICIES AND PROGRAMS THROUGHOUT CANADA.

I BELIEVE YOU HAVE DONE THAT.

I KNOW THAT YOU HAVE NOW VERY CERTAINLY IDENTIFIED A SIGNIFICANT CHALLENGE FOR MINISTERS OF HEALTH AND PROVINCIAL PREMIERS AND GOVERNMENT LEADERS ACROSS THIS COUNTRY.

WHILE IT IS COMFORTING TO KNOW THAT ALL OF YOU HERE ARE WILLING TO TAKE UP THIS IMPORTANT CAUSE, I WANT YOU TO KNOW THAT I FULLY UNDERSTAND THE ENORMITY OF THE CHALLENGE YOU HAVE PRESENTED TO US IN THE POLITICAL ARENA.

THE CHALLENGE IS RADICAL.

IT IS NOT A CHALLENGE FOR WEAK LEADERS.

WE KNOW WE HAVE A HEALTH CARE SYSTEM IN CANADA THAT IS THE ENVY OF THE WORLD.

AND WE MUST NEVER FORGET THAT FOR CANADIANS, IT IS A SACRED TRUST. AS GOVERNMENTS, WE ARE MANDATED TO PROTECT AND PRESERVE THAT TRUST.

WHAT WE ARE SUGGESTING HERE IS CHANGE. SIGNIFICANT AND BOLD CHANGE.

WHILE PUBLIC ATTITUDE TODAY MAY BE CHANGING TOO, IT HAS NOT YET ARRIVED AT OUR LEVEL OF UNDERSTANDING OF JUST WHAT IT IS WE ARE SUGGESTING.

I'M AFRAID THAT ANY ATTEMPT TO CHANGE THE STATUS QUO WILL BE VIEWED BY MANY AS A THREATENING MOVE..... A MOVE THAT WILL BE SEEN AS "TAKING SOMETHING AWAY" AS OPPOSED TO "MAKING THE SYSTEM BETTER".

IT WILL TAKE BOTH OUR POLITICAL WILL AND SOME VERY STRATEGIC INITIATIVES TO RAISE PUBLIC AWARENESS IN ORDER TO BUILD THE NECESSARY PUBLIC CONSENSUS TO SUPPORT THE CHANGE WE NEED.

AS THE FIRST OF THREE SYMPOSIA DESIGNED TO IMPROVE EFFICIENCIES IN HEALTH AND PROVIDE A ROAD MAP FOR THE FUTURE, WE CANNOT FULLY CONCLUDE THIS INITIATIVE UNTIL THE CYCLE IS COMPLETE.

THIS CONFERENCE IS BUT ONE COMPONENT, ALBEIT A CRITICAL ONE....PERHAPS IN SOME WAYS THE MOST CRITICAL, FOR IT IS THE BEGINNING.

FOR MY PART, I WILL BE FOLLOWING THROUGH WITH A RENEWED COMMITMENT BY RE-FOCUSSING INITIATIVES WITHIN MY MINISTRY AND BY PURSUING A HIGHER PRIORITY FOR HEALTH PROMOTION IN BRITISH COLUMBIA.

I WILL BEGIN THAT BY ESTABLISHING AN OFFICE OF HEALTH PROMOTION WHICH WILL PURSUE CONSULTATIONS WITH BRITISH COLUMBIANS.

THIS CONFERENCE HAS PROVIDED THE MOMENTUM TO ENSURE THAT WE WILL REMAIN COMMITTED TO FOLLOWING THROUGH WITH THESE INITIATIVES.

IT HAS PROVIDED FOR ME, THE INCENTIVE TO HAVE BRITISH COLUMBIA JOIN THE GROWING NUMBER OF OTHER PROVINCES WITH THE ESTABLISHMENT OF AN OFFICE OF HEALTH PROMOTION WITH A MANDATE TO KEEP THIS PROCESS ALIVE.

IT'S BEEN A LONG THREE DAYS. I KNOW THAT MOST OF YOU, WHILE FEELING TIRED FROM THE PROCESS, ARE, AT THE SAME TIME, RENEWED BY THE EXPERIENCE.....AND REJUVENATED BY THE FACT THAT WE HAVE COME THIS FAR TOGETHER.

THE CHALLENGE NOW, IS FOR US ALL TO APPLY THAT SENSE OF ENERGY AND RENEWAL WITH CONCRETE ACTION.

WE HAVE A FORMIDABLE CHALLENGE BEFORE US. BUT WE ALL KNOW THAT THE BENEFITS WILL BE WORTH AN AGGRESSIVE, SUSTAINED PURSUIT OF A HEALTHIER CANADA.

ON BEHALF OF MY COLLEAGUES, I CAN'T EXPRESS STRONGLY ENOUGH OUR GRATITUDE FOR THE CONTRIBUTIONS YOU HAVE ALL MADE HERE OVER THE PAST FEW DAYS.

WE HAVE ASKED A LOT OF YOU. AND YOU HAVE RESPONDED WITH SIGNIFICANT INSIGHT AND COMMITMENT.

I WOULD LIKE TO THANK YOU ALL, AND IN PARTICULAR MY COLLEAGUES THE HONOURABLE JOHN COLLINS OF NEWFOUNDLAND, THE HONOURABLE ELINOR CAPLAN FROM ONTARIO AND THE HONOURABLE GEORGE MACLEOD FROM SASKATCHEWAN.

IN CLOSING, AND AT THE RISK OF SOUNDING LIKE I'M ON A BOOK PROMOTION TOUR, I'M REMINDED OF A PARTICULARLY RELEVANT PASSAGE FROM A RECENT BOOK BY DR. MICHAEL RACHLIS AND CAROL KUSHNER ENTITLED "SECOND OPINION".

AFTER ALL THE PLUGS IT'S RECEIVED HERE OVER THE PAST FEW DAYS, I'M SURE IT'S DESTINED TO BE A BEST SELLER!

IT DESCRIBES A PERSON STANDING ON A RIVER BANK WHO, HEARING CRIES FOR HELP, JUMPS INTO THE RIVER, RESCUES THE VICTIM AND BEGINS APPLYING ARTIFICIAL RESUSITATION.

MOMENTS LATER, HE HEARS ANOTHER CRY FOR HELP AND ONCE AGAIN JUMPS INTO THE RIVER TO RESCUE YET ANOTHER HAPLESS VICTIM.

SOON THERE IS A THIRD AND A FOURTH AND A FIFTH. EVENTUALLY, IT BECOMES AN ENDLESS RESCUE EXERCISE.

AS HE BEGINS TO TIRE FROM HIS LABOURS OF RESCUING THESE PEOPLE IN DIRE NEED, HE REALIZES THAT IF HE ONLY HAD THE TIME, WHAT HE REALLY SHOULD BE DOING IS GOING UP RIVER TO FIND OUT WHO IS PUSHING ALL THESE PEOPLE IN!

OUR CURRENT STATE OF HEALTH CARE IS A LOT LIKE THAT.

AND I SEE THE CHALLENGE AS TWO-FOLD:

FIRST, TO RECOGNIZE THAT SOMETHING IS HAPPENING UP-STREAM THAT WE MUST BECOME AWARE OF;

AND SECOND, TO FIND WAYS TO CHANGE WHAT'S HAPPENING SO THAT WE CAN BEGIN TO REDUCE THE NUMBER OF RESCUES.

IT COMES DOWN TO EITHER STOPPING PEOPLE FROM BEING PUSHED IN....OR, TEACHING THEM HOW TO SWIM.

LADIES AND GENTLEMEN, DISTINGUISHED GUESTS....THANK YOU FOR BEING HERE AND FOR SHARING YOUR VISIONS AND BELIEFS.

I HOPE I HAVE LEFT YOU WITH A SENSE OF OUR APPRECIATION FOR YOUR COMMITMENTS TO A HEALTHIER FUTURE FOR US ALL.

THANK YOU.

CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

Notes pour une allocution
de L'honorable Peter A. Dueck
Ministre de la Santé

Colombie-Britannique



VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

NOTES POUR UNE ALLOCUTION
DE L'HONORABLE PETER A. DUECK
MINISTRE DE LA SANTÉ

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET
LA PRÉVENTION DES MALADIES

CENTRE DE CONFÉRENCES DE VICTORIA
VICTORIA (C.-B.)

LE MERCREDI 15 MARS 1989

DISTINGUÉS INVITÉS, MESDAMES ET MESSIEURS. PERMETTEZ-MOI D'ABORD DE VOUS DIRE À QUEL POINT LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LE DISTRICT DE LA RÉGION DE LA CAPITALE SONT HEUREUX D'ACCUEILLIR CETTE CONFÉRENCE DE LA PLUS HAUTE IMPORTANCE QUI DOIT DONNER LIEU À UN ÉCHANGE D'OPINIONS CRUCIAL.

LE COLLOQUE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES EST LE PREMIER D'UNE SÉRIE DE TROIS COLLOQUES NATIONAUX SUR LES SOINS DE SANTÉ. IL NOUS DONNE UNE POSSIBILITÉ EN OR D'EXERCER UNE INFLUENCE UTILE SUR LES POLITIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA AU FUR ET À MESURE QUE NOUS APPROCHONS DU PROCHAIN SIÈCLE.

EN TERMINANT CE COLLOQUE, NOUS DEVONS NOUS DEMANDER POURQUOI NOUS SOMMES ICI ET ÉVALUER DANS QUELLE MESURE NOUS AVONS FAIT PROGRESSER NOS OBJECTIFS.

EN NOTRE QUALITÉ DE MINISTRES DE LA SANTÉ DANS LES DIVERSES ADMINISTRATIONS DU CANADA, NOS PREMIERS MINISTRES PROVINCIAUX NOUS ONT DEMANDÉ D'AMORCER LA DÉMARCHE QUI SERVIRA DE CATALYSEUR À UNE PLANIFICATION D'INTERVENTIONS COORDONNÉES À L'ÉCHELLE DU PAYS.

IL FAUT ÉTABLIR UN ÉQUILIBRE ENTRE LES PROJETS TOUCHANT LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES, D'UNE PART, ET, D'AUTRE PART, L'ATTENTION ACCORDÉE EN CE MOMENT À LA GUÉRISON DES MALADIES.

IL S'AGIT D'UN DÉFI IMPORTANT QUI TRADUIT UNE SINCÉRITÉ ET UNE AUDACE DE NOTRE PART.

LE FAIT QUE LA PRESSE AIT MANIFESTÉ PEU D'INTÉRÊT POUR LES QUESTIONS QUE NOUS AVONS SOULEVÉES ET LES INQUIÉTODES AUXQUELLES NOUS NOUS SOMMES ATTAQUÉS MET EN RELIEF L'AMPLEUR DU DÉFI.

FINALEMENT, TOUT CELA S'EXPLIQUE PAR LE FAIT QUE LES MÉDIAS NE VOIENT AUCUN ATTRAIT À LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET À LA PRÉVENTION DES MALADIES.

À CE STADE-CI DE NOS DISCUSSIONS ET EN RAISON DE NOTRE VOLONTÉ DE HAUSSER LE DÉGRÉ DE PRIORITÉ DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ, NOUS DEVONS AVOUER QUE CET ASPECT NE FRAPPE TOUT SIMPLEMENT PAS AUTANT L'IMAGINATION ET NE SUSCITE PAS AUTANT DE SENSATIONNALISME QUE LE GENRE DE MANCHETTES AUXQUELLES LE PUBLIC EST HABITUÉ.

ON NE RETROUVE PAS LES DÉBRIS ÉPARPILLÉS D'UN AVION QUI S'EST ÉCRASÉ.

ON NE VOIT AUCUN CLIGNOTANT ET ON N'ENTEND AUCUNE SIRÈNE.

ON N'ASSISTE À AUCUNE INTERVENTION DE LA TECHNOLOGIE DE POINTE POUR SAUVER DES VIES.

ON NE PEUT OBTENIR UN IMPACT ÉMOTIF COMPARABLE À CELUI QUE PROVOQUE UN BÉBÉ QUI S'ACCROCHE À LA VIE ET QUI EST SAUVÉ PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ APPAREMMENT MIRACULEUX.

SOYONS RÉALISTES, IL EST TRÈS DIFFICILE DE RIVALISER, DANS LES JOURNAUX ET À LA RADIO OU À LA TÉLÉVISION, AVEC LES HISTOIRES CONCERNANT LA FERMETURE DE LITS D'HÔPITAUX ET LES SOUFFRANCES QUI EN RÉSULTENT.

LA QUESTION QU'IL FAUT SE POSER EST LA SUIVANTE :

"LA PLACE QUE LES MÉDIAS ACCORDENT AU TRAITEMENT DES MALADIES OU, EN BREF, À NOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ ACTUEL, TRADUIT-ELLE FIDÈLEMENT L'OPINION PUBLIQUE OU A-T-ELLE UNIQUEMENT POUR BUT DE VENDRE DES JOURNAUX?"

À DÉFAUT DE METTRE UN NOUVEL ACCENT SUR LES QUESTIONS DONT NOUS AVONS DISCUTÉ AU COURS DES DERNIERS JOURS, LE PUBLIC NE POURRA NI ACCEPTER D'EMBLÉE NI PLEINEMENT COMPRENDRE LE BESOIN DE RÉAFFECTER DES RESSOURCES À LA PRÉVENTION POUR FAVORISER L'AMÉLIORATION DES SOINS DE SANTÉ.

C'EST À CE NIVEAU QUE SE SITUE LE DÉFI POLITIQUE FONDAMENTAL.

QUI EST PRÊT À FAIRE LE PREMIER PAS?

SEUL UN HÉRO OU UN FOU ACCEPTERA DE FAIRE FACE SEUL À
L'ENNEMI SUR LA LIGNE DE TIR.

NE VOUS Y TROMPEZ PAS, IL S'AGIT BIEN D'UNE BATAILLE POUR
MODIFIER L'ATTITUDE, LES CONVICTIONS ET LES ATTENTES DU PUBLIC.

À L'INSTAR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE BATAILLE, NON SEULEMENT
LE NOMBRE DE COMBATTANTS CONSTITUE UNE SÉCURITÉ, MAIS EN OUTRE LA
PROGRESSION EN BLOC DONNE INDÉNIABLEMENT UNE GRANDE FORCE.

C'EST LE DÉFI LE PLUS URGENT QUE DOIVENT RELEVER NON
SEULEMENT LES MINISTRES DE LA SANTÉ, MAIS TOUS LES HOMMES
POLITIQUES.

LA RÉALITÉ, SUR LE PLAN POLITIQUE, C'EST QU'UN FORT MOUVEMENT
DE SOUTIEN DE LA PART DU PUBLIC DEVRA SE MANIFESTER AVANT QUE LES
GOUVERNEMENTS NE DÉCIDENT D'APPORTER DES CORRECTIFS ÉCONOMIQUES
VALABLES POUR FAVORISER LA PRÉVENTION DANS LE SECTEUR DE LA
SANTÉ.

JE SAIS POUR MA PART, ET JE CROIS POUVOIR EN DIRE AUTANT POUR
MES HOMOLOGUES, QUE CES QUELQUES JOURS DE DISCUSSIONS ONT
GRANDEMENT ÉLARGI MA COMPRÉHENSION DU RÔLE ESSENTIEL QUE
JOUERONT, À L'AVENIR, LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION
DES MALADIES DANS CE PAYS.

ON NOUS AVAIT DEMANDÉ D'EXAMINER LES DÉFIS QUE POSE LA PROMOTION DE LA SANTÉ AINSI QUE LES MESURES REQUISES POUR METTRE EN OEUVRE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS L'ENSEMBLE DU PAYS.

JE CROIS POUVOIR AFFIRMER QUE VOUS L'AVEZ FAIT.

JE ME REND COMPTE QUE VOUS AVEZ CERTAINEMENT FAIT RESSORTIR L'IMPORTANTE TÂCHE À LAQUELLE DEVRONT S'ATTELER LES MINISTRES DE LA SANTÉ, LES PREMIERS MINISTRES PROVINCIAUX ET LES CHEFS DE GOUVERNEMENTS DE NOTRE PAYS. IL EST ENCOURAGEANT DE VOIR QUE TOUS LES PARTICIPANTS SONT PRÊTS À ÉPOUSER CETTE CAUSE IMPORTANTE, MAIS JE DOIS VOUS DIRE QUE JE SUIS PARFAITEMENT CONSCIENT DE L'AMPLEUR DU TRAVAIL QUE VOUS RÉCLAMEZ DES INTERVENANTS SUR LA SCÈNE POLITIQUE.

LE DÉFI NE SOUFFRE PAS DE COMPROMIS.

DES CHEFS TROP FAIBLES NE POURRAIENT LE RELEVER.

NOUS SAVONS QUE LE RÉGIME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ FAIT L'ENVIE DU MONDE ENTIER.

NOUS NE DEVONS JAMAIS OUBLIER QUE LES CANADIENS LE CONSIDÈRENT COMME UNE CHOSE SACRÉE QU'IL NOUS INCOMBE, EN TANT QUE GOUVERNEMENTS, DE PROTÉGER ET DE PRÉSERVER.

CE QUE NOUS PROPOSONS DONC CE SONT DES CHANGEMENTS À LA FOIS CONSIDÉRABLES ET AUDACIEUX.

AUJOURD'HUI, L'ATTITUDE DU PUBLIC ÉVOLUE ELLE AUSSI, MAIS LE PUBLIC NE COMPREND TOUJOURS PAS EXACTEMENT NOS PROPOSITIONS.

JE CRAINS QUE TOUT ACCROC AU STATU QUO NE SOIT PERÇU, PAR UN GRAND NOMBRE, COMME UNE MENACE VISANT À "NOUS ENLEVER QUELQUE CHOSE" PLUTÔT QU'UN EFFORT POUR "AMÉLIORER LE RÉGIME".

TANT UNE VOLONTÉ POLITIQUE DE NOTRE PART QUE DES INTERVENTIONS À CARACTÈRE STRATÉGIQUE SERONT NÉCESSAIRES POUR ACCROÎTRE LA SENSIBILISATION DU PUBLIC ET DÉGAGER LE CONSENSUS REQUIS AFIN D'APPORTER LES CHANGEMENTS QUI S'IMPOSENT.

CE COLLOQUE ÉTANT LE PREMIER D'UNE SÉRIE DE TROIS DESTINÉS À AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET À TRACER LA VOIE DE L'AVENIR, NOUS NE POURRONS TIRER TOUTES LES CONCLUSIONS TANT QUE LA DÉMARCHE NE SERA PAS COMPLÈTE.

CETTE CONFÉRENCE N'EST QU'UN ÉLÉMENT, MÊME SI CELUI-CI EST CAPITAL ET PEUT-ÊTRE LE PLUS IMPORTANT SOUS CERTAINS ANGLES, PARCE QU'IL CONSTITUE UN POINT DE DÉPART.

DE MON CÔTÉ, JE VEILLERAI À RENOUVELER MON ENGAGEMENT EN RÉORIENTANT LES INTERVENTIONS DE MON MINISTÈRE ET EN CHERCHANT À DONNER UNE PLUS GRANDE PRIORITÉ À LA MISE EN VALEUR DE LA SANTÉ EN COLOMBIE-BRITANNIQUE.

JE COMMENCERAI PAR CRÉER UN BUREAU DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ QUI CONSULTERA LES RÉSIDENTS DE MA PROVINCE.

CETTE CONFÉRENCE A SUSCITÉ UN ÉLAN QUI NOUS INCITERA À CONTINUER DE FAIRE EN SORTE QU'UN SUIVI SOIT DONNÉ À CES MESURES.

ELLE M'A POUSSÉ À PRENDRE DES DISPOSITIONS POUR QUE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE SE JOIGNE AU NOMBRE DE PLUS EN PLUS CONSIDÉRABLE DE PROVINCES QUI ONT MIS SUR PIED UN BUREAU DE PROMOTION DE LA SANTÉ CHARGÉ DE VEILLER À CE QUE LA DÉMARCHE SE POURSUIVE.

CES TROIS JOURNÉES ONT ÉTÉ LONGUES. JE SAIS QUE PARALLÈLEMENT AU SENTIMENT DE FATIGUE QU'ILS ÉPROUVENT, LA PLUPART D'ENTRE VOUS SE SENTENT STIMULÉS PAR L'EXPÉRIENCE ET ENCOURAGÉS QUE NOUS AYONS RÉUSSI À ALLER AUSSI LOIN.

NOTRE TÂCHE COMMUNE CONSISTERA MAINTENANT À TRADUIRE CE SENTIMENT D'ÉNERGIE ET CETTE VOLONTÉ DE RENOUVEAU EN MESURES CONCRÈTES.

LE DÉFI QUI NOUS ATTEND EST IMPOSANT, MAIS NOUS SAVONS TOUS QUE LES AVANTAGES QUI EN DÉCOULERONT JUSTIFIENT QUE NOUS NOUS ENTÊTIIONS À CHERCHER CONSTAMMENT À AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS.

AU NOM DE MES HOMOLOGUES, JE NE PEUX VOUS DIRE COMBIEN J'APPRÉCIE L'APPORT DE TOUS ET CHACUN AU COURS DES DERNIERS JOURS.

NOUS VOUS DEMANDIONS BEAUCOUP ET VOUS AVEZ RÉAGI EN FAISANT PREUVE DE PERSPICACITÉ ET D'UN SENS DES RESPONSABILITÉS.

JE REMERCIE TOUS LES PARTICIPANTS ET EN PARTICULIER MES HOMOLOGUES, SOIT L'HONORABLE JOHN COLLINS DE TERRE-NEUVE, L'HONORABLE ELINOR CAPLAN DE L'ONTARIO ET L'HONORABLE GEORGE MACLEOD DE SASKATCHEWAN.

EN TERMINANT, ET AU RISQUE DE PARAÎTRE VOULOIR VENDRE LE LIVRE, JE ME SOUVIENS D'UN PASSAGE PARTICULIÈREMENT PERTINENT D'UNE OEUVRE PUBLIÉE RÉCEMMENT PAR M. MICHAEL RACHLIS ET M^{me} CAROL KUSHNER INTITULÉ "SECOND OPINION".

D'AILLEURS, SI JE ME FIE À TOUTE LA PUBLICITÉ QUI A ÉTÉ FAITE À CE LIVRE ICI AU COURS DES DERNIERS JOURS, JE SUIS CERTAIN QU'IL DEVIENDRA UN SUCCÈS DE LIBRAIRIE!

DANS CE PASSAGE, IL EST QUESTION D'UNE PERSONNE DEBOUT SUR UN RIVAGE ET QUI, ENTENDANT UN APPEL AU SECOURS, PLONGE DANS LA RIVIÈRE, SAUVE LA VICTIME ET COMMENCE À LUI DONNER LA RESPIRATION ARTIFICIELLE.

QUELQUES INSTANTS PLUS TARD, ELLE ENTEND UNE AUTRE PERSONNE APPELER AU SECOURS, PLONGE DE NOUVEAU DANS LA RIVIÈRE ET SAUVE ENCORE UNE MALHEUREUSE VICTIME.

ELLE DOIT BIENTÔT RECOMMENCER UNE TROISIÈME, UNE QUATRIÈME ET UNE CINQUIÈME FOIS, DE SORTE QUE CELA DEVIENT UN EXERCICE DE SAUVETAGE PERMANENT.

ALORS MÊME QU'ELLE COMMENCE À ÊTRE ÉPUISÉE DE SAUVER TOUS CES GENS DÉSESPÉRÉS, ELLE SE DIT QU'IL SERAIT PRÉFÉRABLE, SI SEULEMENT ELLE EN AVAIT LE TEMPS, QU'ELLE AILLE EN AMONT DE LA RIVIÈRE VOIR QUI JETTE TOUS CES GENS À L'EAU!

À L'HEURE ACTUELLE, NOTRE RÉGIME DE SANTÉ SE TROUVE DANS UNE SITUATION COMPARABLE.

LE DÉFI À RELEVER ME SEMBLE COMPORTER DEUX VOLETS :

LE PREMIER CONSISTE À SE RENDRE COMPTE QU'IL EXISTE UN PROBLÈME FONDAMENTAL QU'IL FAUT CERNER.

LE DEUXIÈME EXIGE QUE NOUS TROUVIONS DES MOYENS DE CHANGER CET ÉTAT DE CHOSSES AFIN DE POUVOIR COMMENCER À DIMINUER LE NOMBRE D'EXERCICES DE SAUVETAGE.

EN FIN DE COMPTE, IL FAUT SOIT EMPÊCHER LES GENS DE SE LAISSER POUSSER À L'EAU OU LEUR APPRENDRE À NAGER.

MESDAMES ET MESSIEURS, DISTINGUÉS INVITÉS, JE VOUS REMERCIE DE VOTRE PARTICIPATION ET DE NOUS AVOIR FAIT CONNAÎTRE VOS THÉORIES ET VOS CONVICTIONS.

J'ESPÈRE VOUS AVOIR FAIT COMPRENDRE À QUEL POINT NOUS APPRÉCIONS VOTRE DÉTERMINATION À FAIRE EN SORTE QU'À L'AVENIR TOUS LES CANADIENS PROFITENT D'UNE MEILLEURE SANTÉ.

MERCI.

CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION



News Release

National Symposium to Draw 300 Delegates

VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.



Ministry of Health

For release: March 9, 1989

0233A

89:23

National Symposium to draw 300 delegates

VICTORIA -- Three hundred delegates from across Canada will be in Victoria this weekend to participate in the National Symposium on Health Promotion and Disease Prevention.

"The symposium will focus on the challenges and opportunities for health promotion in Canada," said Health Minister Peter Dueck.

Dueck said the symposium, which runs March 12 to 15, is a combination of plenary addresses, reports and panel discussions, as well as program presentations and policy working groups.

"The Capital Regional District is pleased to co-host this event with the Ministry of Health," said CRD Chairman Susan Brice.

"We are especially gratified to be involved in the symposium since we are working together on the Victoria Health Project to develop innovative approaches to health promotion in this area," she added.

The symposium is the first of three which will be held in 1989 to explore key issues for the future of health care in Canada. The other symposia will focus on the impact of technology (May - Que.) and quality assurance in health services (Nov. - Ont.).

The symposia, held at the direction of last year's Premiers' Conference in Saskatoon, are intended to build consensus on pressing health issues and to report back to the Premiers' Conference.

"I am proud British Columbia is hosting this particular symposium since we are placing a high priority on health promotion and disease prevention as part of our continuing commitment to improving the health of British Columbians," said Dueck.

Contact: John Kirby
Information Services
Ministry of Health
(604) 387-2323

CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES



Communiqué de presse

Le colloque national attirera 300 délégués

Colombie-Britannique

VICTORIA (Colombie-Britannique)
Du 12 au 15 mars 1989

COMMUNIQUE DE PRESSE

Ministère de la santé

Pour diffusion le 9 mars 1989

Le colloque national attirera 300 délégués

VICTORIA -- Trois cents délégués d'un peu partout au Canada seront à Victoria en fin de semaine pour participer au Colloque national sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.

"Le colloque, a déclaré le ministre de la Santé, Peter Dueck, portera essentiellement sur les défis et les possibilités en matière de promotion de la santé au Canada."

M. Dueck a ajouté que le colloque aura lieu du 12 au 15 mars et qu'il comprendra des séances plénières, des rapports et des discussions en ateliers, ainsi que des exposés relatifs aux programmes et des groupes de travail sur les politiques.

"Le district de la région de la capitale, a déclaré sa présidente, Mme Susan Brice, est heureux d'être l'hôte du colloque avec le ministère de la Santé."

"Le district, a-t-elle ajouté, est particulièrement ravi de participer au colloque parce qu'il cherche avec le Ministère, dans le cadre du projet de santé pour Victoria, des formules nouvelles pour la promotion de la santé."

Ce colloque est le premier d'une série de trois qui auront lieu en 1989 et il portera sur les principaux éléments des soins de santé futurs au Canada. Le prochain (en mai à Québec) s'intéressera aux incidences de la technologie et le dernier (en novembre en Ontario) à la garantie de qualité des services de santé.

Les colloques font suite aux instructions données l'an dernier par les Premiers ministres provinciaux à leur conférence de Saskatoon. Ils ont pour objet de dégager un consensus sur les questions pressantes touchant la santé afin d'être en mesure de présenter un rapport à la Conférence des Premiers ministres provinciaux.

"Je suis tout particulièrement fier, a affirmé M. Dueck, que la Colombie-Britannique soit l'hôte de ce colloque parce que nous accordons un degré de priorité élevé à la promotion de la santé et à la prévention des maladies en raison de notre détermination constante à améliorer la santé des résidents de notre province."

Agent : John Kirby
Services d'information
Ministère de la Santé
(604) 387-2323

CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION

Health Promotion: Background Information

British columbia

VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

HEALTH PROMOTION: BACKGROUND INFORMATION

In 1977, the World Health Assembly, the central authority in the World Health Organization (WHO), resolved that "the main social target of WHO in the coming decades should be the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life". i.e., health was defined as a resource for everyday living, not an end product or goal of living.

According to the International Conference on Primary Health Care, held in Alma-Ata in the U.S.S.R. in 1978, the key to achieving this goal is primary health care.

The WHO Regional Committee for Europe, meeting in Fez, Morocco, adopted a regional strategy for health for all by the year 2000 as the Member States' first common health policy in 1980 and endorsed specific targets, describing the minimum progress that the European countries must make in improving health and problems related to it in 1984. Six main themes run throughout the targets:

- Inequalities in health should be reduced.
- People should have a positive sense of health, i.e. the focus should be on health promotion and disease prevention.
- The people themselves will achieve health for all, i.e. the communities must participate in determining their health goals and strategies.
- Health authorities can deal with only part of the problems to be solved, i.e. multisectoral cooperation is essential for the promotion of healthy public policy and reduction of risk.
- Services should be provided as close as possible to where people live and work, readily accessible and acceptable to all, and with full community participation.
- Lastly, some health problems transcend provincial and national borders; pollution and trade in health-damaging products are obvious examples of problems whose solutions requires international cooperation.

In 1986, the Health and Welfare Canada focussed attention on health promotion by developing a framework for health in its document "Achieving Health for All". Health promotion is the "process of enabling people to increase control over, and to improve their health". In the past, health promotion has been associated with posters and pamphlets. However, the document clarifies that this is a simplistic view akin to associating medical care with white coats and stethoscopes, and that in fact health promotion "represents a mediating strategy between people and their environments, synthesizing personal choice and social responsibility in health to create a healthier future".

The Epp document identified three major health challenges: reducing inequities, increasing prevention and enhancing coping. Further, three mechanisms intrinsic to health promotion were delineated: self care, mutual aid and healthy environments. Three leading strategies or processes whereby decisive action can be taken in response to our health challenges were proposed:

- fostering public participation
- strengthening community health services
- coordinating healthy public policy

The document concludes: "There is a certain timeliness about health promotion. The signs are evident across the country. Regional boards of health, professional organizations, provincial and national councils and voluntary associations are all articulating policies that support the concept of health promotion. The most convincing evidence is the voice of public support. People everywhere are demonstrating a willingness to act on matters of health".

In November of 1986, the World Health Organization, Health and Welfare Canada and The Canadian Public Health Association hosted an international conference in Ottawa which adopted the "Ottawa Charter for Health Promotion". The Charter identified five health promotion actions, as follows:

- build healthy public policy
- create supportive environments
- strengthen community action
- develop personal skills
- reorient health services

The conference participants pledged a commitment to health promotion as a national and international strategy for achieving health for all.

A second international conference on health promotion took place in Adelaide in the spring of 1988. Its theme was healthy public policy which was defined as being "characterized by an explicit concern for health and equality in all areas of policy and an accountability for health impact". They emphasized the importance of public accountability for health when policies are formulated, the need for new partners and collaborative measures to support health and a commitment to reducing the inequalities in health which are rooted in the inequalities in society. A commitment to global public health - from peace and human rights to sustainable development - was considered an essential part of healthy public policy.

This national symposium in Victoria is sponsored by the provincial and territorial governments of Canada to act as a catalyst, increasing our efforts in health promotion and disease prevention. Its aim is to achieve some consensus on our priorities for action to this end.

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES



La promotion de la santé: bref historique

Colombie-Britannique

VICTORIA (Colombie-Britannique)
les 12, 13, 14 et 15 mars 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

LA PROMOTION DE LA SANTE: BREF HISTORIQUE

En 1977, l'Assemblée mondiale de la santé, l'autorité principale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a résolu que "l'objectif social primordial de l'Organisation au cours des prochaines décennies serait que, d'ici à l'an 2000, tous les citoyens du monde atteignent un niveau de santé leur permettant une vie socialement et économiquement productive". On a donc défini la santé comme une ressource de la vie quotidienne et non pas comme un produit final ou un objectif de vie.

Conformément à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenu à Alma-Ata, en U.R.S.S., en 1978, les soins de santé primaires sont la clé de voûte à la réalisation de cet objectif.

Réunis à Fez, au Maroc, les comités régionaux européens de l'OMS ont, en 1980, adopté une stratégie régionale promouvant "la santé pour tous en l'an 2000" en tant que première politique commune de états membres, et, en 1984, ont endossé des buts spécifiques, décrivant le progrès minimum que doivent faire les pays d'Europe pour améliorer la santé et les problèmes qui s'y rattachent. Parmi ces buts, six thèmes principaux se regroupent

- Sur le plan de la santé, les inégalités doivent être réduites.
- Les gens doivent avoir une vision positive de la santé, c'est-à-dire qu'ils doivent se concentrer sur la promotion de celle-ci et la prévention de la maladie.
- Ce sont les gens eux-mêmes qui accompliront l'objectif de la santé pour tous, c'est-à-dire que les communautés doivent participer dans l'élaboration de leurs objectifs et de leurs stratégies.
- Les autorités de santé ne peuvent assumer qu'une partie des problèmes à résoudre, c'est-à-dire une coopération multi-sectorielle est donc essentielle pour la promotion d'une politique de santé publique et de réduction des risques.
- Les services doivent être offerts aussi près que possible des lieux d'habitation et de travail, être facilement accessibles et acceptés par tous, tout en jouissant de la pleine participation de la communauté.
- Certains problèmes de santé dépassent les frontières provinciales et nationales; la pollution et les produits qui menacent la santé de tous en sont d'excellents exemples et leur solution requiert une coopération internationale.

En 1986 le Ministère de la santé et du bien-être du Canada a porté son attention sur la promotion de la santé en lui fournissant un cadre de travail dans son document "La santé pour tous" (Achieving Health for All). La promotion de la santé, c'est "le processus par lequel on aide les gens à contrôler davantage leur santé et à l'améliorer." Dans le passé, la promotion de la santé, c'était des affiches et des brochures. Cependant, le document souligne que cette vision est aussi simpliste que l'association des soins de la santé aux sarraus blancs et aux stéthoscopes et qu'en fait, la promotion de la santé "s'avère d'une stratégie médiatrice entre les gens et leur environnement, faisant la synthèse des choix personnels et de la responsabilité sociale vis-à-vis de la santé, afin de créer un avenir plus sain.

Le rapport Epp identifie trois défis principaux pour la santé: la réduction des inégalités, l'augmentation de la prévention et l'amélioration des moyens. De plus, on a délinéé trois mécanismes intrinsèques à la promotion de la santé: les soins personnels, l'assistance mutuelle et un environnement sain. On a proposé trois stratégies ou processus par lesquels une action décisive peut être entamée en réponse aux défis identifiés:

- stimuler la participation du public
- renforcer les services de santé communautaires
- coordonner une politique saine de santé publique

Le rapport conclut que: "La promotion de la santé est un sujet à propos. Dans toutes les régions du pays, les signaux sont évidents. Les conseils régionaux de santé, les organisations professionnelles, les conseils provinciaux et nationaux, ainsi que les associations de bénévoles élaborent tous des politiques qui supportent le concept de la promotion de la santé. La preuve la plus évidente en est l'appui public qu'elle reçoit. Partout, tous affichent leur détermination à agir pour régler les problèmes de santé."

En novembre 1986, l'Organisation mondiale de la santé, le Ministère de la santé et du bien-être du Canada ainsi que l'Association canadienne de santé publique accueillèrent à Ottawa une conférence internationale qui adopta la "Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé." Cette charte identifiait les cinq mesures promotionnelles suivantes:

- élaborer une politique de santé publique
- créer un environnement positif
- renforcer la participation de la communauté
- réorienter les services de santé

Les participants à la conférence se sont engagés face à la promotion de la santé comme stratégie nationale et internationale pour la réalisation du bien-être de tous.

Une deuxième conférence internationale sur la promotion de la santé s'est aussi tenue au printemps en 1988, à Adelaide. Elle avait comme thème une politique de santé publique "caractérisée par un souci explicite de santé et d'égalité dans tous ses aspects et par une responsabilité de son propre impact sur la santé." On y a souligné l'importance de la responsabilité publique au moment de la création de politiques, le besoin de nouveaux partenaires et de mesures appropriées supportant la santé, ainsi que l'engagement à réduire les inégalités dans le domaine de la santé, inégalités prenant racines dans celles-là même de la société. Un engagement envers une santé publique globale, allant de la paix et du respect des droits de la personne jusqu'à un développement soutenu, a été reconnue comme étant partie intégrante d'une politique de santé publique.

Le colloque national de Victoria est parrainé par les gouvernements provinciaux et territoriaux de Canada pour agir comme catalyseur, augmentant les efforts dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. Son but est d'en venir à un consensus déterminant les priorités et les gestes à poser pour y arriver.

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION

News Release

British Columbia



VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.



MINISTRY OF HEALTH

FOR IMMEDIATE RELEASE

1989:23

MARCH 15, 1989

HEALTH MINISTER URGES NATIONAL EFFORT TO FOCUS ON HEALTH PROMOTION

VICTORIA, B.C. - BRITISH COLUMBIA HEALTH MINISTER PETER DUECK HAS CALLED ON POLITICAL LEADERS ACROSS CANADA TO MAKE HEALTH PROMOTION A HIGH PRIORITY IF THE COUNTRY'S HEALTH CARE SYSTEM IS TO BEGIN FOCUSING MORE ON CREATING GOOD HEALTH RATHER THAN JUST TREATING SICKNESS.

DUECK TOLD A NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION THERE WAS A "REAL NEED FOR A GROUND SWELL OF PUBLIC SUPPORT BEFORE GOVERNMENTS WILL BEGIN TO INITIATE MEANINGFUL ECONOMIC SHIFTS TOWARDS THE PREVENTATIVE SIDE OF HEALTH".

ONE OF THE SIGNIFICANT CHALLENGES, SAID THE MINISTER, WAS TO MAKE THE SUBJECT OF HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION AN ISSUE FOR THE MAJOR MEDIA, WHO UNFORTUNATELY HAVE PAID LITTLE ATTENTION TO THESE AREAS.

"THE BOTTOM LINE IS THAT, FOR THE MEDIA, HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION DOES NOT HAVE THE SAME, GRAPHIC, SENSATIONAL APPEAL AS THE TYPE OF HEADLINES THE PUBLIC HAS BEEN ACCUSTOMED TO....NO SCATTERED DEBRIS OF A PLANE WRECKAGE....NO FLASHING LIGHTS AND SIRENS...NO LIFE AND DEATH CRISIS, AND NO HIGH TECHNOLOGY INTERVENTION".

"WE KNOW WE HAVE A HEALTH CARE SYSTEM IN CANADA THAT IS THE ENVY OF THE WORLD" SAID DUECK.

"AND WE MUST NEVER FORGET THAT, FOR CANADIANS, IT IS A SACRED TRUST. AS GOVERNMENTS, WE ARE MANDATED TO PROTECT AND PRESERVE THAT TRUST.

"WHAT WE ARE SUGGESTING IS CHANGE....SIGNIFICANT AND BOLD CHANGE" SAID DUECK.

"I'M AFRAID THAT ANY ATTEMPT TO CHANGE THE STATUS QUO WILL BE VIEWED BY MANY AS A THREATENING MOVE.....A MOVE THAT WILL BE SEEN AS TAKING SOMETHING AWAY AS OPPOSED TO MAKING THE SYSTEM BETTER".

DUECK SAID THE REAL CHALLENGE LAY IN RAISING THE PUBLIC'S LEVEL OF UNDERSTANDING OF THE POTENTIAL BENEFITS OF A GOOD HEALTH PROMOTION STRATEGY, TO BALANCE THE ATTENTION NOW DIRECTED ALMOST EXCLUSIVELY TOWARDS THE TREATMENT OF DISEASE.

- 3 -

MORTON LOW, COORDINATOR OF HEALTH SCIENCES AT THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA, ADDED THAT THERE WAS MUCH MORE TO HEALTH THAN SIMPLY HEALTH CARE.

"OUR PRESENT CARE SYSTEM IS EXCELLENT," HE SAID, "AND IS MORE THAN ADEQUATELY FUNDED, BUT IT WAS NEVER INTENDED TO DEAL WITH ALL MATTERS RELATED TO HEALTH - ONLY TO ILLNESS.

"WE BELIEVE THAT HEALTH, IN ITS TOTALITY, SHOULD BE VIEWED AS A RESOURCE FOR LIVING, IN WHICH WE MUST INVEST MORE WISELY."

"WHAT WE ARE SAYING IS THAT THIS IS THE REFORMATION OF THE MEDICALLY ORTHODOX HEALTH CARE SYSTEM," LOW CONCLUDED.

- 30 -

FOR FURTHER INFORMATION, CONTACT:

ANDREW HUME,
DIRECTOR, INFORMATION SERVICES BRANCH,
MINISTRY OF HEALTH
VICTORIA, B.C.
(604) 387-2323

CA 1
Z 4
- C52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES



Communiqué de presse

Colombie-Britannique

VICTORIA (Colombie-Britannique)
les 12, 13, 14 et 15 mars 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.



Province of
British Columbia

Ministry of
Health

PROVINCE DE LA
COLOMBIE-BRITANNIQUE

MINISTÈRE DE LA
SANTÉ

NEWS RELEASE

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

POUR DIFFUSION IMMÉDIATE

1989:23

LE 15 MARS 1989

LE MINISTRE DE LA SANTÉ DEMANDE A TOUS LES CANADIENS DE CONCENTRER
LEURS EFFORTS SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

VICTORIA (C.-B.) PETER DUECK, MINISTRE DE LA SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE FAIT APPEL AUX CHEFS POLITIQUES DE TOUT LE CANADA POUR FAIRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ UNE DE LEURS GRANDES PRIORITÉS, AFIN QUE LE SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ SOIT ORIENTÉ D'AVANTAGE VERS LES CONDITIONS FAVORISANT UNE BONNE SANTÉ PLUTÔT QUE VERS LE SEUL TRAITEMENT DES MALADIES.

PETER DUECK A DÉCLARÉ DEVANT LES PARTICIPANTS DU COLLOQUE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES QUE "NOUS AVONS BESOIN D'UN GRAND SURSAUT DE LA PART DU PUBLIC AVANT QUE LES GOUVERNEMENTS PUISSENT ENGAGER DE RÉELLES MUTATIONS ÉCONOMIQUES EN DIRECTION DE L'ASPECT PRÉVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ".

L'UN DES PRINCIPAUX DÉFIS CONSISTE A AMENER LES MÉDIAS A CONSIDÉRER LA QUESTION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION DES MALADIES COMME UNE DES GRANDES QUESTIONS DU JOUR, CAR ILS Y ONT MALHEUREUSEMENT PORTÉ PEU D'INTÉRÊT JUSQU'ICI.

LA VÉRITÉ C'EST QUE POUR LES MÉDIAS, LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES N'EXERCENT PAS LE MÊME POUVOIR D'ATTRACTION QUE LES ARTICLES A SENSATION AUXQUELS LE PUBLIC EST HABITUÉ, CAR ON N'Y TROUVE PAS DE DÉBRIS D'AVION QUI S'ÉCRASE, PAS DE VICTIMES ET DE SURVIVANTS ET PAS D'ENTRÉE EN SCÈNE DE LA TECHNOLOGIE DE POINTE.

"NOUS SAVONS QUE NOUS DISPOSONS AU CANADA D'UN RÉGIME DE SANTÉ QUI FAIT L'ENVIE DU MONDE ENTIER", A AJOUTÉ P. DUECK.

"ET NOUS NE DEVONS JAMAIS OUBLIER QUE POUR LES CANADIENS, IL S'AGIT D'UN BIEN SACRÉ. EN TANT QUE GOUVERNEMENTS, NOUS AVONS POUR MANDAT DE LE PROTÉGER ET DE LE PRÉSERVER.

"CE QUE JE CRAINS C'EST QUE TOUTE TENTATIVE DE TOUCHER AU STATUT QUO SERA VU PAR BEAUCOUP COMME UNE MENACE....LA MENACE DE TOUCHER AU SYSTÈME AU LIEU DE L'AMÉLIORER".

P. DUECK A DÉCLARÉ QUE LE RÉEL DÉFI EST D'ÉLEVER, DANS LE PUBLIC, LE NIVEAU DE COMPRÉHENSION DES AVANTAGES QUE COMPORTE UNE BONNE STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA SANTÉ, ET DE FAIRE CONTREPOIDS A L'ATTITUDE ACTUELLE QUI CONSISTE A NE VOIR QUE LE TRAITEMENT DES MALADIES.

MORTON LOW, COORDONNATEUR DES SCIENCES DE LA SANTÉ A L'UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE A PRÉCISÉ QUE LA SANTÉ ÉTAIT BEAUCOUP PLUS QUE LES SIMPLES SOINS MÉDICAUX.

"NOTRE SYSTÈME ACTUEL EST EXCELLENT, A T-IL DIT, ET IL EST PLUS QU'ADÉQUATEMENT FINANCÉ; MAIS IL N'A JAMAIS ÉTÉ CONÇU POUR COUVRIR TOUS LES DOMAINES LIÉS A LA SANTÉ, SEULEMENT A LA MALADIE.

"NOUS PENSONS QUE LA SANTÉ, DANS SA TOTALITÉ, DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UN ATOUT TOURNÉ VERS LA VIE, UN ATOUT DANS LEQUEL NOUS DEVONS INVESTIR PLUS SAGEMENT".

MR. LOW A CONCLU PAR CES MOTS: " CE DONT IL EST QUESTION, C'EST NI PLUS NI MOINS QUE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ, DANS LE CONTEXTE MÉDICAL ORTHODOXE ACTUEL".

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS, PRIÈRE DE COMMUNIQUER AVEC:

ANDREW HUME,
DIRECTOR, INFORMATION SERVICES BRANCH,
MINISTRY OF HEALTH
VICTORIA, B.C.
(604) 387-2323

04.05.89

Government
Education

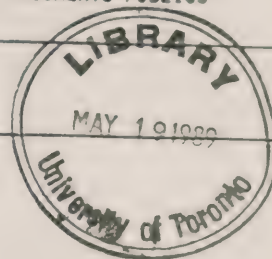
DOCUMENT: 860-236/016

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTIONCOLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIESVICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

LIST OF PUBLIC DOCUMENTS

LISTE DES DOCUMENTS PUBLICS

DOCUMENT NO. N° DU DOCUMENT	SOURCE ORIGINE	TITLE TITRE
✓ 860-236/001		✓ Final Program ✓ Programme définitif
✓ 860-236/002	Québec	✓ An Overview of Present Studies, Problems and Efforts Related to Health Promotion in Québec ✓ Un survol des études, problèmes et efforts actuels liés à la promotion de la santé au Québec
860-236/003	The Canadian Institute for Advanced Research	The Health of Populations and the Program in Population Health Copies available from the Canadian Institute for Advanced Research Copies disponibles à L'Institut canadien de recherches avancées 179 John Street, Suite 701, Toronto, Ontario M5T 1X4
✓ 860-236/004	Federal Fédéral	✓ Health Promotion: A Dynamic for Change An address by Dr. Maureen Law, Deputy Minister, Department of National Health and Welfare ✓ La promotion de la santé: Un instrument de changement - Allocution de Mme Maureen Law, Sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
✓ 860-236/005	British Columbia Colombie-Britannique	✓ A Progress Report on Follow-up Actions to the Report "Future Directions in Health Care Services" ✓ Rapport d'étape: Le suivi donné au rapport sur les "Orientations futures des soins de santé"



DOCUMENT NO. N° DU DOCUMENT	SOURCE ORIGINE	TITLE TITRE
860-236/006	Dr. Trevor Hancock	Where the Rubber Meets the Road From Health Promotion Rhetoric to Health Promotion Action La promotion de la santé: De la rhétorique à la pratique
860-236/008	Ontario	Remarks by the Honourable Elinor Caplan, Ontario Minister of Health Allocution de L'honorable Elinor Caplan, Ministre de la Santé de l'Ontario
860-236/009	Milton Terris, M.D., M.P.H. Milton Terris, M.D., M.H.P.	The Road Ahead for Health Promotion and Disease Prevention La voie de la promotion de la santé et de la prévention des maladies
860-236/010	British Columbia Colombie-Britannique	Speaking Notes - Honourable Peter A. Dueck, Minister of Health Notes pour une allocution de L'honorable Peter A. Dueck, Ministre de la Santé
860-236/011	British Columbia Colombie-Britannique	News Release National Symposium to Draw 300 Delegates Communiqué de presse Le colloque national attirera 300 délégués
860-236/012	British Columbia Colombie-Britannique	Health Promotion: Background Information La promotion de la santé: bref historique
860-236/013	British Columbia Colombie-Britannique	News Release Communiqué de presse
860-236/016	Secretariat Secrétariat	List of Public Documents Liste des documents publics

CA 1
Z 4
- C52

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND
DISEASE PREVENTION

Back to the Future

ILONA KICKBUSCH



VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

"BACK TO THE FUTURE"

By Ilona Kickbusch

INTRODUCTION

I don't have to say how delighted I am to be back in Canada - my first time since the Ottawa conference in November 1986 and my only regret is that it is not possible for me to stay longer. It is a great honour for me that you have chosen me to speak here to you this evening, to be able to inform you of developments in health promotion world wide since Ottawa.

But before I begin with my speech, I would like to make a short personal remark - I am German - Bavarian to be more precise (I have therefore a strong feeling for federalism), I grew up in India, went to a British boarding school, now live in Denmark, my son was born there (I found a little Danish flag in my hotel room!), I work for an international organization, presently live and work in Australia for several months and continuously work in a language that is not my own.

I might add that even though I have not been able to return to Canada since November of 1986, I have been subject to considerable Canadian influence - Ron Draper and Michel O'Neill are working with me at the Copenhagen office of the World Health Organization, Trevor Hancock is a regular advisor and Tariq Bhatti acted as one of the Rapporteurs of Adelaide. And those of you who know these gentlemen, know how convincingly they can argue. So let me say thanks here to them for all their help and thank you to Health and Welfare Canada for making it possible that they work with us on a regular basis.

OUT IN FRONT

This support leads me right into my theme: Lao Tse described the creatures of the world some 25 hundred years ago as follows: "Some go in front, some follow. Some blow hot, when others would be blowing cold. Some are feeling vigorous just when others are wearing out. Some are loading just when others are delivering."

Canada has consistently been "out in front" in the area of health promotion, it has helped shaped health promotion history worldwide, one could even go so far as to say that the history of health promotion as an identified area of action usually begins in Canada in 1974 with the Lalonde report "A new perspective on the health of Canadians". In 1978 the first health promotion directorate world wide was set up within the federal department of National Health and Welfare in Canada. It is interesting to note, that the first Director to be appointed to head this new directorate was one of the most experienced social policy and welfare administrators Canada had to offer, not a medical person. This commitment to a wider approach to health promotion has in the long run made Canada a leader in health promotion developments world wide.

It led to a strong Canadian support for the WHO approach to health promotion and Health for all, reflected in 1986 in the second seminal health promotion document issued from Canada: a public discussion document on "Achieving Health for All" a framework for Health Promotion. This was launched at the first international conference for Health Promotion.

It is one of the first health policy documents world wide with an explicit commitment to equity, health promotion and healthy public policy.

But lets look back a bit first, so that you understand why I chose to give my speech the title "BACK TO THE FUTURE".

THE SEVENTIES: A New Epidemiology

The 1974 Lalonde report was to influence the formulation of health worldwide. But the seventies were also the heyday of the risk factor concept; the growth period of behavioral epidemiology and the time of the grand multi-million dollar lifestyle intervention projects.

The United States pioneered the development of what has been termed the second revolution in public health, that of noncommunicable disease epidemiology and proceeded in its course to strip epidemiology and public health of its social concerns. Despite the statements made in the Surgeon Generals Report of 1979 entitled "Healthy People", it proceeded to cut links between public health and epidemiology to such an extent, that Milton Terris in a recent article finds it necessary to state "without public health there is no epidemiology".

The risk factor concept was rapidly accepted throughout the developed countries and the large U.S. studies influenced health research budgets and institutional priorities world wide. Behavioral Epidemiologists came to claim to be the modern successors of Villerme, Snow, Chadwick, Virchow and Winslow. Out of this developed the U.S. approach in health promotion: it was built on a coalition between clinical medicine, behavioral epidemiology, functional sociology and the new profession of health education. Their magic "open sesame" - was lifestyle, downplaying the initially broad gauged concerns of the public health movement.

Meanwhile in Europe in the early seventies, the North Karelia Project in Finland began its work as the first large scale European risk factor intervention project, to be followed by the West German Deutsche Herz Kreislauf Studie and a wide range of smaller projects in many other European countries. Some of these have merged together in a WHO European Project called CINDI, the world wide monitoring effort is MONICA, based in Geneva. The risk factor approach and the educational models applied in it, "emphasizing personal choice, lifestyle and individual behavior" have been exported the world around including the developing countries. Due to the public health and epidemiology training shortage in many European countries and of course in the developing world, the schools of public health in the United States have had a seminal influence on shaping the approaches to public health, health education and health promotion world wide.

We have, therefore, not only exported our health problems, but also some of our more questionable approaches to solutions to the developing countries.

THE EIGHTIES: A New Public Health

Since the early 1980ties the premises on which the risk factor model based its work were beginning to be questioned, as was the validity and true impact of some of its results. A recent article stated: "Future historians of health promotion will probably divide the modern era into two periods - pre-Charter and post-Charter, referring to the first International Conference on Health Promotion in Ottawa, Ontario, Canada in November 1986, and the Ottawa Charter for Health Promotion (1986)". My heart warmed on reading this.

What had happened in a period of only five years? To put it in a nutshell: WHO, the worlds leading public health organization, had rediscovered public health. It had reinforced this move with the Health for All Strategy (HFA), the Primary Health Care Declaration of Alma Ata and from 1984 onwards, a special focus on health promotion. It has upset many people in doing so. The health promotion development emerged out of the work done since 1981 at the WHO Regional Office for Europe in redefining its approach to health education and lifestyles and producing a "Regional Strategy for Health for All", which was the first document to translate the HFA principles (which had until then been seen to apply mainly to the developing world) into an integrated approach for the highly industrialized countries. This approach took the shape of a document featuring 38 Targets for Health for All, that included health promotion as the second of six priority areas, second only to the issue of equity and health.

Based on a PHC approach, we aimed for more in 1984. The concepts and principles of health promotion were developed, based on the technical discussions on "Lifestyles and their impact on health" at the WHO Regional Committee for Europe 1983. It was then that the Director General, Dr. Halfdahn Mahler instigated a special WHO project on health promotion, whose task it was to develop a strategy for world wide debate on health promotion. The first of the steps was a world wide consultation with representation from all WHO regions, the second, based on the recommendations of the first, was the OTTAWA conference and charter. It was in the context of the preparation for this conference that it became evident, that we were not just engaged in tampering with a new type of health education, or were establishing a new discipline called "health promotion", but that we were actually involved in a process that is best described as BACK TO THE FUTURE.

We had realized that we were beginning to write the public health agenda of the nineties and beyond, and we received confirmation of this at the 1986 conference which produced a charter and sub-headed it "the move towards a new public health".

Why public health? Maybe for Europeans it is more obvious to establish historical continuity, and at the same time to disentangle what is a worthwhile tradition to build on from; what is different and new. By choosing the term "new public health" we firmly wanted to link ourselves to the broad gauged beginnings of public health and thereby establish a sense of integration and continuity. This was reinforced by the constant debates we had been confronted with, as to what was the difference between health promotion and health education, primary health care, prevention, a debate usually motivated by professional turf battles.

With the "new", we wanted to signal that public health was faced with a new context that could lead to its working along the lines of a new paradigm, the third public health revolution. The term "old" is therefore not meant in any derogatory way, nor should the word "new" indicate that all answers have been found. Let me quote Milton Terris again: "conventional wisdom holds that the public health movement began with a concern for the prevention of the infectious diseases, and has only moved into the area of noninfectious diseases in the past few decades. This simple formulation is contrary to historical fact."

THE DISMANTLING OF PUBLIC HEALTH

I have in other lectures and papers outlined what I see to be the "modernization" phases of public health, its move from the broad 'sanitary idea' to the medicalization based on the cause/effect model of germ theory, from there to a focus on behavioral epidemiology. The health world came to be interpreted in disease rather than social categories - and linked to a system of CURE and CARE and simplistic cause and effect outcome measures, rather than to broadly oriented promotion of health. While many of the diseases handled today such as heart disease and cancer clearly represent MASS RISKS heavily related to living conditions and social inequities, they were being handled with individualized approaches. The link to CURE and CARE has had another devastating effect on Public Health: financial support for health promotion and prevention is linked to the expenditures for cure and care - and more and more these are seen as expenditures that modern welfare states cannot afford anymore. How, if we can't afford our present 'health systems' (that are curative systems) anyhow, should we find monies for our 'extra' needs policy such as health promotion supported by the general invisibility of the new risks. This applies be they social (like poverty and unemployment), be they medical (like heart disease), be they environmental (like pollution related disorders). They are silent. No dole queues, no stench in the streets, no declared diseases of poverty. They are cumulative. They present no clear casualty, no simple solution. Most are linked to key social and environmental policy issues of the present and future and they need a resetting of political priorities and some political risktaking.

It seems at first glance that despite its various modernizations, (and that is why I refer to the totality of the phases outlined above as the "old public health") public health has so far not changed its basic paradigm. It deals with today's health problems with the theories, approaches and the morality of the 19th century. Public health has so far not acknowledged the changes in the risk patterns of our societies as a whole. It is still dominated by belief in medicine, professionalism, by individualization, by the notions of the deserving and the undeserving poor, by a causation principle that builds on individual responsibility and believes that man dominates nature.

In the 19th century nature was there to be controlled and to be ignored. The wealth of nations has been achieved at great costs not only to human beings, but to our ecological base as a whole.

I can only outline this historical argument with a very rough brush, and cannot in this lecture outline the different political streams within public health - ranging from Chadwick's utilitarianism to Alexandra Kollontai's radical attempt to create a community based public health, which was soon aborted by official communist family policy, from Hitler's cult of health with its final consequence in euthanasia to welfare state approaches as in Red Vienna in the early 30ties or the establishment of the European welfare states. The political history of public health still remains to be written.

The key argument is to be well aware of the fact that the baseline for public health is laid in the political arena of social reform and social control, and with all the discrepancies arising from this ambivalence.

THE NINETIES: Ecological Public Health

What then would be the first steps towards a third public health revolution? What are indications that we are ready for such a move, or that perhaps our only chance lies in such a move?

I believe we are witnessing at present the cumulative effect of a set of processes of change and development that have been occurring over the last 10 to 20 years in our societies as a whole - what I will term the "context" of new public health - and changes in the health arena itself that are now coming to fruition. In the issue of health, societal problems of today and tomorrow have found a focus. Health is increasingly being seen as a common social good that needs to be preserved and that calls for social investment. Above all we are beginning to realize that health is indivisible - it is a global good (a commons to speak in the new terminology) that cannot anymore be safeguarded by national policies and boundaries. Two key international policy declarations mark this fact.

The WHO Health for All Strategy of 1978 and the Report of the World Commission on Environment and Development, aptly titled "Our Common Future" of 1987. A full decade lies between these documents and yet, taken as a unity they allow us to outline a global context and a global challenge for health, environment and development that marks a new stage in the health promotion debate.

Again, Canada was there to help us clear our minds in "going beyond health care" as was stated in the 1984 conference in Toronto. This conference was one of the first world wide to establish a link between the new ecological concerns and public health and health promotion. It called for a new type of public health policy - what was then to become healthy public policy.

The major difference between the old and the new public health lies in the new global ecological risks we are faced with world wide. "There is no precedent, no analogue" to problems such as the human caused threats of nuclear disaster, ozone layer destruction, depletion of natural resources through chemical compounds, genetically altered forms of life. What was once interpreted as costs of production looms large, and cumulatively and silently is destroying our basis for health. As Gary Brewer, a U.S. policy analyst adequately describes: there is no "away" in which to throw such things any more. Even the oceans around Canada and Australia are not big enough to cope with our sewage any more.

An ecological paradigm of public health is therefore not only a plea to pay more attention to new environmental problems and create strong administrative structures to do so (which of course would be a reasonable first step if our policy makers could appreciate the urgency of the matter) but to reconsider health in terms of an ecosystems approach. Health then emerges as "a pattern that connects" (a concept developed by Gregory Bateson) diverse cumulative effects of the natural, the man-made and the social environment. In such an approach man is not seen as external to nature, but humankind is "an integral and especially precocious component of the environment" (National Academy of Sciences 1986). More advanced ecological approaches aim to understand earth's unique social environment not only in terms of species but of the unique forms human beings contribute to it: skill, wealth, power, wellbeing, affection, deference and rectitude.

Today we are therefore confronted a set of public health problems that are: global in scope, finite in their consequences, still not fully understood in terms of cumulative causation and complexity, usually invisible, and not a political priority.

A new public health theory is therefore not only challenged by reinstating the social and environmental concerns of the broad gauged phase of the old public health but it is challenged to respond to changes in society that some analysts see as fundamental as the move into industrial society in the 19th century. The old public health was part of a major reshaping of the world. A tool used by different political ideologies to translate their visions of society, a major social, economic and political investment based on political choice. John Snow's vision took 50 years to be fully developed: try and envisage what it cost to introduce a sewage system in a 19th century city.

PUBLIC HEALTH WITHIN A RISK SOCIETY

In European political sociology a major debate is in the progress that aims to clarify the type of changes we are experiencing. One of the most interesting is the notion of a risk society. Five key elements of a risk society provide a useful entrypoint to a theory of a new public health:

1. The new risks - are invisible, often not to be cured, are based on casual interpretation of experts and are actually often produced and made visible through science and expert knowledge - they are particularly prone to social definition processes - which leads to a new key role of media and other public agencies and fora in defining the new public health risks.
2. New social and economic risks emerge in a type of boomerang effect - in the long run, even the producers of the risks and hazards are not totally safe from their effects, they create new types of inequality at global level and break open the system of national responsibilities.
3. Modernization risks are big business, remember Bhopal, compensation payments can break companies, again the developing countries have new problems and exploitation to cope with, while not being seen able to solve the old.
4. The political potential within a risk society is based on knowledge of risks, the key role of information on what is hazardous creates new inequalities and new forms of personal responsibility. The right choice of washing powder can have greater health effects for total society than eating more fibre. The consequences for health education are obvious.
5. Once they are socially accepted, risks - i.e. dying of forests, pulp discussions in Tasmania - gain a new political dimension. What was unpolitical becomes political, business locations are being challenged, new coalitions emerge, work places are set against environmental damage, new forms of legitimation arise. Increasingly public policy and public administration; must show its concern for health as an overall societal good, is forced by an angry public to account for its lack of preventive action. The public too must rethink its responsibilities and learn that many amenities of modern life (such as water from the tap) are not just for individual use as one pleases, but are 'commons' that need to be jointly protected. The 19th century model of the welfare state and its financing is not sufficient any more to deal with the problems we are facing - individually, locally, nationally, globally - and new forms of solidarity need to be developed in our societies that are based on sustainability. The slogan of the women's movement "the personal is political" takes on an even more important dimension in an ecological context.

ACTIONS STEPS: International Action

What then, if these are the issues in front of us, is WHO doing to move ahead, what are other countries doing, what can Canada do to continue to be "one that goes in front"?

1. The executive board of WHO has decided to put to the World Health Assembly this year, a proposal for a reshifting of WHO priorities world wide to link with the Brundtland report and the key notion of "sustainable development". As Dr. Brundtland said in her speech to WHO's assembly last year in answer to criticisms why the report had not spoken more about health, "because the whole report is about health". The WHO health promotion project has consistently been going in this direction. Let me briefly recapsulate: in the consensus document accepted at Ottawa in 1986, supportive environments are identified as one of the five key areas of action and as being based in ecological system: I quote: "Our societies are complex and interrelated. Health cannot be separated from other goals. The inextricable links between people and their environment constitutes the basis for a socio-ecological approach to health. The overall guiding principle for the world, nations, regions and communities alike, is the need to encourage reciprocal maintenance - to take care of each other, our communities and our natural environment. The conservation of natural resources throughout the world should be emphasized as a global responsibility". Trevor Hancock's mandala of public health has expressed this well.

2. The WHO concept of health promotion is being consistently more widely accepted world wide - we know of 30 translations so far, millions of copies of the debate are circulating, programmes and policies are being built on it and we are just in the process of planning a world wide study on its impact. The 1988 Adelaide Conference on Healthy Public Policy reinforced supportive environments as one of four key areas for policy action. I quote: "The most fundamental challenge for individual nations and international agencies in achieving Healthy Public Policy is to encourage collaboration (or developing

partnerships) in peace, human rights and social justice, ecology, and sustainable development around the globe. At an international level, the World Health Organization should play a major role in achieving acceptance of such principles and should support the concept of sustainable development." This it has done. "The Conference advocates that, as a priority, the public health and ecological movements join together to develop strategies in pursuit of socio-economic development and the conservation of our planet's limited resources."

3. This is happening in the course of the preparations for the third international conference on health promotion in Sundsvall, Sweden to be held in June 1991. This conference has the support of the five Nordic countries, the Nordic Aid agencies, the new division of Health Education and Promotion at WHO headquarters, the Environmental Health Division at WHO headquarters (which is the focal point for sustainable development) and the two host countries of the first two health promotion conferences, Canada and Australia.

4. In three weeks time the Australian Commission for the Future is hosting an Australian workshop on sustainable development and health (initiated by Val Browne) which will make proposals for the Sundsvall agenda to WHO and proposals for Australian preparation involvement to the Commission and the Commonwealth. One of the four key areas of the Commission's work will be "Healthy Futures" to be launched on the 17th of May.

Canada will be hosting a similar event on sustainable development and an international workshop in 1990. Contacts are being established to environmentalist movements and experts and two workshops on "health promotion and developing countries" are in preparation, to discuss the ecological agenda - one we hope with the strong involvement of the CPHA.

FROM ANALYSIS TO ACTION

1. The Sundsvall Conference wants to move from consensus and analysis to agendas for action. In following from the two key issues of healthy public policy as put forward from Adelaide - equity and accountability, we hope to develop 'briefing books' on health impact, outlining policy options for health to be discussed at the conference used in preparatory and follow up meetings - all based on 'sustainable health development' and attempting to outline what it means in practice. Tentatively seven areas have been selected, one for each Nordic country, one for Canada and one for Australia. Suggested areas are: agriculture, energy, environment, transport, education and science, housing, and work.

Each country would take the responsibility for one background paper and briefing book. It should ensure developing world input to the briefing books. It was also felt that this approach could make use of many attempts by the development agencies to get health on the general development agenda.

Three levels will go through the conference:

1. Agendas for cooperation: the briefing books
2. Infrastructures for cooperation: models of good practice
3. Infrastructure for the new public health.

An overall challenge is to link the old and new, **BACK TO THE FUTURE**, new public health agenda and get a consensus. The consensus on a common agenda would be the outcome of the conference.

To stress it again: we need to move from analysis to action. Therefore the title proposal for Sundsvall is most appropriate: **ACTION FOR THE NEW PUBLIC HEALTH.**

This is even more appropriate - since the developing countries are forced with the old and the new public health problems at the same time.

2. The Healthy Cities Project, a joint project with our environmental health programme which would deserve a separate paper for sure. Again Canada has played a key role in setting up the project - my visit in Toronto in 1984 and a paper headed Toronto 2000 - got my head whirling. Trevor Hancock joined a planning group for the WHO project and helped write several key papers. Now we have 25 project cities (soon to become 32), 12 national networks and about 200 cities world wide have begun to work with the concept. The new Director General has expressed his interest in the project, and has named urban sustainable health development one of the "areas of concentration" for the organization to focus on over his period of office.

Canada has also been "in front" in the organizational structure developed for the cities both at national level through the Canadian Healthy Communities Project particularly in its cooperation with the Canadian Institute of Planners and the Federation of Canadian Municipalities - and at the provinces level.

"La présence à Rennes d'une forte délégation québécoise en novembre dernier, lors du lancement du réseau francophone de Cités Santé, de même que la récente visite au Québec de M. Eric Giroult, qui est responsable avec moi du projet Européen Healthy Cities de l'OMS, nous ont convaincus de la grande vitalité du réseau québécois de Villes et Villages en santé. Plusieurs choses nous ont frappés: la qualité et l'efficacité du centre de coordination; la nature des échanges entre les 14 municipalités qui se sont formellement engagées dans le réseau; l'intégration de municipalités de petite taille; l'importance accordée aux processus de participation communautaire. Les réseaux canadien et québécois nous semblent effectivement les réseaux nationaux ou linguistiques les mieux structurés parmi ceux que nous avons identifiés à travers le monde. Il nous semblerait donc particulièrement intéressant que ses expériences soit analysées et évaluées de près, de manière à fournir des "modèles de bonne pratique" que d'autres pays ou ensembles linguistiques pourraient ensuite adapter à leur propre contexte. N'est-ce pas là un excellente occasion pour vos gouvernements de rendre internationalement visible un domaine où, une fois de plus Canada se distingue?

3. The Health Public Policies project I would like mention is a joint endeavor with our health policies program (Dr. Anna Ritsataleis) where we are attempting to analyze processes towards formulation and implementation for healthy public policies (we've read the analytic literature review done here in Canada with great care, and while as a political scientist I was hurt that they implied that the work had been done without a theoretical base, I was intrigued that they had found me out, since my main training at university had been in a structural - functionalist school of thought of the post-Frankfurt school as well as in policy analysis of the Laswell tradition).

We are also inviting at the end of 1988, under the working title "Infrastructures for Health Promotion", representatives of new organizational forms and supports for health promotion and will produce an options handbook from this meeting - and we hope to see Canadian representatives there, Lavada Pinder I believe has already agreed to join us.

HEALTH PROMOTION AS A PROCESS

While we continue to be involved in the more general conceptual development of health promotion and new public health, we are at the same time very keen to get a handle on the political processes leading to a new public health commitment. The Healthy Cities Project - which focuses particularly on expressed political commitment to health promotion - is helping considerably to show up such processes even though we still need more support to analyze them in depth comparatively.

Before I go to common elements and action proposals for such a process, let me stress some general developmental notions: there is a tendency within public health and health promotion to underestimate the process, and the time it takes, of setting new agendas. It took 50 years from the first proposals for wide range sanitary measures to their general introduction by John Simon, it took about 30 years from the discovery of the links between smoking and cancer to create a majority consensus on a smoke-free society. The power of definition - the active power to define a problem and get a societal consensus on a problem is not easily won, and moves through several stages or rhetoric. But lets be honest - who would only 5 years ago have expected or imagined the kind of issues public health is now discussing world wide. So don't underestimate rhetoric - but also be there with concrete proposals for action (pro-actively) when the time and opportunity arises. Politics, ministers, key societal issues change all the time as here in Canada, gaps to be filled with action rise continuously. But here again: don't look in the health field only, public health needs to develop a general societal and contextual awareness - the two key issues discussed at present in most industrialized society are being set by the electorate, and politicians from all parties are reacting, and an even iron lady was moved to be a green lady:

THE ENVIRONMENT AND AGING

Both have tremendous potential for the new public health debate and the proponents of both movements are being listened to closely. In Western Australia a senior citizens' party won 10% of the votes - were the public health people there to discuss their health strategy?

In Canada, 9 out of 10 citizens want more money spent on the environment. Where will it come from? From already existing programmes, from taxes on tobacco and alcohol, from emission taxes? Some creativity is asked for - and should not the public health people provide it?

Let me remind you of the three new public health skills outlined in the Ottawa Charter

- to enable
- to advocate
- to mediate

not: to create a new public health empire.

The key challenge is how to get health - as an ecological and social category - on the political agenda of the nineties.

THREE KEY STRATEGIC ELEMENTS

Let me focus then on three common elements that are needed to develop strategies for implementing healthy public policy and making health, health promotion, prevention and protection a priority in political decision making.

- . an informed citizenry
- . a mobilized advocacy lobby
- . contact points within the system

These three elements are heavily interrelated and interdependent, if we see policy making as an interactive process shaped by and shaping society. The experiences in HFA see policy developments in Europe and Healthy Cities are showing how dynamic and unpredictable this process is, by how many players it is affected and the bargains and negotiations that form part of it.

1. Informed citizenry: redefining the agenda. It is essential that the general public begin to understand the health debate as reaching beyond health care, that a move is made in the public debate on health (and media play a key role in this) to discuss it not in terms of the deficit model (which then classifies all monies put into health as expenditures) but in form of a COMMONS leading to a social resource for a sustainable society.

A commons then needs social investment, not only in forms of money but solid commitment and responsibility by the public as well. A key issue that emerges then are the information systems available to the public on health (re: in pollution) and what forms of accountability on health matters have been introduced. This appears at all levels, national/provincial/local and for both business and public administration.

Healthy Cities, for example, asks for an all party consensus in city council on the project. Another relevant example is the approach taken with the Epp Policy Papers to discuss it broadly throughout Canada, and the strong support given the CPHA to this debate, another example is the CPHA strengthening community health programs, and of course healthy communities.

2. Mobilized advocacy lobby: moving the agenda to strategy. Two strategies are of importance here:

. on the one hand to create a stable and strong new public health lobby or public health coalition bringing together in a concerted move the many single issue initiatives that exist in the health field and link them to the broader issue lobbies in the environmental and ecological arena (one of our attempts for Sundsvall)

. on the other hand, sight must not be lost of ad hoc conditions on specific issues (re: the pulp mill debate) in Tasmania where 100 doctors spoke up on the possible health effects.

Since public health advocacy always works in at least three directions:

- . towards the general public to gain support
- . towards the decision makers in the system
- . horizontally in creating new resources

new arenas and new techniques have to be explored. Constituencies for health have to be redefined beyond health care, business has to be encouraged to see health as part of its social agenda (re: health is becoming an issue for placement of industries, one of the reasons of Healthy Cities popularity).

The CPHA and the Healthy Communities could play a major role in developing such a 'coalition', particularly one that includes those interested in ecological issues.

A challenge to the lobbies is that they do not only need to investigate new problems and make them public, they also need to rethink the systems and infrastructures based on the deficit model: the need is to create formal systems of challenge and support that generate and strengthen informal systems of challenge and support, that in turn reduce the need for the formal system (best at community level).

And let us not forget when discussing advocacy that the advocacy issues and the trends change.

1960's/70's: more government intervention: social issues.

1980's: less government/less expenditure.

1990's?: encounters of the third kind?

What then are the approaches for "contact points in the system"?

3. Contact points in the system: supplying agendas and solutions

The public health lobbies/coalitions need to be involved in constant briefings of potential political allies in all parties on wide health issues in order to actively set a new health agenda and not to stay in the reactive mode.

More consciously an analysis needs to be made looking at political struggles over health - particularly the non-decisions and relate the new environmental concerns to the health debate and budget. New expertise and skills become essential for health proponents - re: most non-decisions here place through the budget process, new forms of finance could emerge through the tax system.

Some starting points for action could be, and I ask you to make your assessment for Canada:

1. Lobby prominent people from all political walks of life to join the health coalition.
2. Strengthen the health promotion infrastructures at federal and provincial levels (i.e. Wales).

3. Create intersectoral committees for health, if possible with a highly prestigious chair from outside the health field.
4. Introduce direct reporting mechanisms to key decision makers and cabinet (Sri Lanka, some developing countries).
5. Link these to measure of public accountability, particularly yearly health reports on health impact statements.
6. Create a system of financial incentives from federal government to reinforce health promotion and new public health development at provincial level and outlined "social investment in health" (examples exist in health insurance, hospital insurance and facilities construction).
7. Develop "foci of discussion" such as "health plan", the process toward which can help redefining the agenda.
8. Set budgetary targets/goals: I would propose that by 1995, 25% of the health budget should be devoted to health (a similar figure emerges from the calculations in the new book "Second Opinion").
9. Create visible centres for health promotion training and research / chairs for health promotion / new public health at universities. Develop seminars along the lines of the Alberta / Edmonton Summer School all over the country (activities all over Europe in this direction).
10. Develop new partnerships for projects for health, which involve matched funding between e.g. federal/provincial/NGO/private enterprise (business in the community / WHO Europe in process of creating a business group for health).
11. Create health promotion strategies linked to tax income from harmful products and for polluting industries (i.e. Victoria and SA in Australia, 27 million dollars).
12. Strengthen community involvement in policy issues through the community projects already mentioned (e.g. healthy cities).
13. Give grants to develop health impact studies briefing books and healthy public policy approaches.

We need new systems and infrastructures to promote, protect and maintain health and we are facing a challenge as big as in the 19th century when the structures for the old public health were put in place. Just imagine what it cost to create the sewer system of London or Liverpool or the political costs of the introduction of social insurance under Bismarck.

NEW DIRECTIONS FOR HEALTH POLICY

Canada still "goes in front" in the systematic way it has followed through its health promotion commitment and its consistent support to the WHO health promotion project.

While the three major challenges in the Epp document remain and need to be filled with clear action proposals and maybe some of the 13 points outlined above give an idea, visible financial commitment there remains the added ecological challenge. Leadership is essential in this case. And it will not necessarily come from out of the health field.

Milton Roemer has recently reinforced that we need new public health leadership, a new profession of generalists "who can appreciate the enormous variety of problems affecting the health of populations and the very wide range of strategies necessary to provide health and prevent disease, or facilitate treatment when prevention has failed". He goes so far as to ask for a new "Dr." of public health, with a status parallel to that of a medical doctor.

It is here that the strength of health promotion and the new public health lies. Green and Raeburn have drawn attention to the fact that 'health promotion' is one of the first and few (alongside with public health) truly interdisciplinary enterprises in health that seem genuinely emancipated from medicine".

Therein lies the great historical chance and challenge. Maybe health promotion can break the deadlock of the health policy debate that is basically one on medical care and provide dominance. It must break it open by redefining the issue of health expenditure. As such it could be attractive to politicians and reshaped as a social and ecological investment into the future.

We have long passed the time when there was no proof that health promotion is successful or that it pays off.

- It has been shown historically through the "old" public health and its long term pay offs.
- It has been shown through the general changes in our health culture and our attitudes to obesity study, the food we eat still mainly middle class but that's how the hygiene movement in the 19th and 20th century started too.
- It has been shown through long term intervention projects and even projects such as Heartbeat Wales that have only been going for a few years, can document astounding success, again they show the greatest pay off is achieved if you move out of the health sector, get high societal involvement, high media debate, link it to political agendas, link it to cultural identity, involve the business world and NGO's.

Accountability and burden of proof now lies with the medical system to show in detail the pay off that is received from swallowing 99% of the health budget.

Health is not something that can be defined scientifically and normalized - even though such attempts have been made and are being made continuously. The definition of what is health is always social and cultural not medical (and to a large extent that is true of disease as well), and we should not fool ourselves about that. Health has become - can become - the metaphor - political and cultural - that links concerns for environments, and people, for individuals, social groups and their social and physical context.

The new public health goes one step further: it is more and more becoming intricately linked to social justice. In terms of legitimation of policies it is becoming clear that citizens are beginning to claim a right to health not just a right to access to medical services and they see this right to be indivisible and expressing in environmental categories. This is interesting in as far as modern industrial societies continue to see other forms of inequity as being acceptable (the acceptance of the old and new poverty, both in front of our door step and world wide, the acceptance of unemployment). Maybe because medicine has presented health and disease devoid of social categories, citizens are now expecting the welfare state to ensure their health, to protect it, to ensure adequate cure and care. This represents a tremendous change in thinking over the last 50 years. The problems of legitimacy that arise for public health administrations are immense and need to be addressed with great urgency.

This societal opening of the debate on health has major consequences in terms of professionalization and experts. If the experts, if the politicians, cannot be trusted to ensure health, the participation debate gets a new dimension. Participation in health does not mean - as we are always led to believe - meddling in issues that supposedly only professionals can decide on our behalf, like what kind of birth is best - it means deciding on measure of prevention and health promotion particularly at community level. Public gets to mean not only the responsibility of the public administration for health, but the participation of the public in health matters, (both as producers and consumers of health) and it gets to mean new forms of public accountability for health.

"Most of today's decision makers will be dead before the planet suffers the full consequences of the acid rain, global warming, ozone depletion, widespread decertification, and species loss. Most of today's young voters will be alive." (The Brundteaud Report)

My son - now aged 5 - will be alive I hope. I hope I'll be alive as a little active old lady in the grey power ecological coalition. I hope we'll all live to see a better future.

CA1

4

52

CA1

Z 4

C 52

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

Retour vers le futur

ILONA KICKBUSCH

VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

VEUILLEZ NOTER

Ce document est distribué par le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à des fins éducatives et informatives seulement. Il est interdit de l'utiliser à mauvais escient, de le vendre ou de s'en servir à des fins commerciales. Il est également interdit d'en reproduire le contenu pour des fins autres que l'éducation ou l'information, à moins d'avoir obtenu au préalable l'autorisation du SCIC.

"RETOUR VERS LE FUTUR"

Par Ilona Kickbusch

INTRODUCTION

Je ne puis vous dire à quel point je suis heureuse de revenir au Canada pour la première fois depuis la conférence d'Ottawa de novembre 1986. Je regrette seulement de ne pouvoir rester plus longtemps. Vous n'avez fait un grand honneur en me demandant de m'adresser à vous ici ce soir pour vous mettre au courant de l'évolution qui s'est produite en matière de promotion de la santé dans le monde entier depuis la conférence d'Ottawa.

Avant de commencer mon discours, j'aimerais toutefois apporter quelques précisions à caractère personnel. Je suis originaire d'Allemagne, plus précisément de Bavière (j'ai donc un préjugé très favorable pour le fédéralisme). J'ai grandi en Inde et j'ai fréquenté un pensionnat anglais. J'habite maintenant au Danemark où mon fils est né (j'ai d'ailleurs trouvé un petit drapeau danois dans ma chambre d'hôtel!). Je travaille pour une organisation internationale et je suis affectée, pour quelques mois, en Australie. Je travaille constamment dans une langue qui n'est pas la mienne.

Je dois cependant ajouter que même si je n'ai pas été en mesure de revenir au Canada depuis novembre 1986, j'ai subi une forte influence canadienne. Ron Draper et Michel O'Neill sont des collègues au bureau de l'Organisation mondiale de la santé, à Copenhague. Trevor Hancock est un conseiller régulier tandis que Tariq Bhatti était un des rapporteurs à Adelaïde. Ceux d'entre vous qui connaissent ces messieurs savent à quel point ils peuvent être convaincants. Qu'il me soit donc permis de les remercier de leur aide et de remercier également Santé et Bien-être social Canada d'avoir fait en sorte que ces gens puissent travailler avec nous sur une base régulière.

UN CHEF DE FILE

Ce soutien m'amène à parler de mon thème. Il y a quelque 2 500 ans, Lao-Tseu disait des êtres qui vivent sur terre que certains sont en tête tandis que d'autres suivent, et que leur souffle est chaud ou froid. Il ajoutait que certains sont pleins d'énergie alors que d'autres sont épuisés et que certains s'occupent de charger et les autres de livrer.

Le Canada a toujours été "en tête" en matière de promotion de la santé. Il a contribué à forger l'histoire de cette discipline dans le monde entier. On pourrait même affirmer qu'il est habituellement entendu que le phénomène de la promotion de la santé, comme champ d'intervention précis, a pris naissance au Canada en 1974 avec le rapport Lalonde intitulé "Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens". En 1978, le ministère fédéral canadien de la Santé nationale et du Bien-être social créait la première direction générale de la promotion de la santé

à être établie sur cette planète. Il est intéressant de noter que son premier directeur était non pas un médecin, mais l'un des administrateurs de politiques sociales et de bien-être les plus chevronnés que le Canada pouvait trouver. L'adoption d'une perspective globale à l'égard de la promotion de la santé a fait du Canada, à long terme, un chef de file mondial dans le secteur de la promotion de la santé.

Le Canada en est donc venu à appuyer fortement la démarche de l'OMS favorisant la promotion de la santé et la santé pour tous. Le deuxième document, publié par le Canada en 1986, et qui portait sur la promotion de la santé traduisait cette orientation et devait faire école. Il s'agit d'un document de travail public intitulé "La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé". Le document en question était rendu public à la première conférence internationale pour la promotion de la santé.

Il s'agit d'un des premiers documents de portée mondiale à renfermer des politiques reflétant un engagement évident à l'égard de l'équité, de la promotion de la santé et de politiques publiques saines.

Permettez-moi toutefois d'abord de regarder en arrière afin que vous puissiez comprendre pourquoi j'ai intitulé mon exposé "Retour vers le futur".

LES ANNÉES 1970 : Une nouvelle épidémiologie

Le rapport Lalonde de 1974 devait avoir une influence sur la définition de la santé dans le monde entier. Toutefois, les années 1970 furent également l'âge d'or du facteur de risque, la période de croissance de l'épidémiologie rattachée au comportement et celle du lancement de projets de plusieurs millions de dollars destinés à modifier le mode de vie.

Les États-Unis ont été les pionniers de ce qu'on a appelé la deuxième révolution en matière de santé publique. Cette révolution touchait l'épidémiologie des maladies non transmissibles et elle a progressivement dépouillé l'épidémiologie et la santé publique de leurs préoccupations à l'égard des facteurs sociaux. En dépit des affirmations contenues dans le rapport du Surgeon General en 1979, rapport qui s'intitulait "Healthy People", les liens entre la santé publique et l'épidémiologie étaient si radicalement coupés que Milton Terris jugeait indispensable de préciser, dans un article récent, que l'épidémiologie n'existe pas sans la santé publique.

Les pays industrialisés ont rapidement accepté le principe du facteur de risque et les grandes études américaines ont eu des incidences sur les budgets de recherche pour la santé et les priorités des institutions dans le monde entier. Les spécialistes des rapports entre l'épidémiologie et le

comportement ont prétendu être les héritiers modernes de Villerné, Snow, Chadwick, Virchow et Winslow. Cet état de choses a produit la formule américaine de promotion de la santé qui repose sur une union de la médecine clinique, de l'épidémiologie du comportement, de la sociologie fonctionnelle et de la nouvelle discipline de l'éducation sanitaire. La clé du succès était le mode de vie tandis que les considérations générales initiales du mouvement de la santé publique étaient jugées secondaires.

Entre temps, au début des années 1970, le projet de North Karelia de la Finlande devenait le premier projet d'intervention de grande envergure en Europe à être axé sur le facteur risque. Il fut suivi de la Deutsche Herz Kreislauf Studie de l'Allemagne de l'Ouest et d'un éventail de petits projets dans de nombreux autres pays d'Europe occidentale. Certains de ces projets ont été fusionnés dans le cadre du projet européen de l'OMS baptisé CINDI tandis que le siège du projet mondial MONICA, conçu à des fins de contrôle, se trouve à Genève. La formule du facteur de risque et les modèles d'éducation dont elle est assortie mettent l'accent sur les choix personnels, le mode de vie et le comportement individuel et ils ont été exportés dans tous les autres pays, y compris dans ceux qui sont en voie de développement. À cause des lacunes relatives à formation en santé publique et en épidémiologie qui existent dans de nombreux pays d'Europe et, à plus forte raison, dans les pays en voie de développement, les écoles de santé publique aux États-Unis ont eu une influence déterminante sur les orientations touchant la santé publique, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé dans le monde entier.

Par conséquent, nous avons exporté dans les pays en voie de développement non seulement nos problèmes de santé, mais également certaines de nos formules de solution les plus discutables.

LES ANNÉES 1980 : Un nouveau mouvement de santé publique

Depuis le début des années 1980, les hypothèses sur lesquelles repose le modèle du facteur de risque de même que la validité des résultats du modèle et certaines de ses incidences véritables sont remises en question. On retrouvait dans un article récent l'affirmation que les futurs historiens de la promotion de la santé diviseront probablement l'époque contemporaine en deux périodes, soit celle qui a précédé la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, rendue publique à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa (Ontario) en novembre 1986, et la période qui a suivi la Charte. Je me suis réjoui à cette lecture.

Que s'est-il passé en seulement cinq ans? En un mot, l'OMS, principale organisation mondiale qui s'occupe de santé publique, a redécouvert la santé publique. Elle a accentué son évolution en ce sens avec la stratégie "Santé pour tous d'ici l'an 2000",

la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires et, à compter de 1984, en mettant un accent spécial sur la promotion de la santé. Cette orientation a dérangé beaucoup de gens. La mise en valeur de la promotion de la santé est issue des travaux effectués depuis 1981 au bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe. Ces travaux ont consisté à redéfinir l'attitude à l'égard de l'éducation sanitaire et du mode vie et à produire une "stratégie régionale de santé pour tous". Le document en question était le premier à traduire les principes de la stratégie "Santé pour tous d'ici l'an 2000" (qui était jusqu'alors jugée applicable surtout aux pays en voie de développement) en une formule intégrale pour les pays fortement industrialisés. La formule en question était présentée dans un document qui proposait 38 objectifs de santé pour tous et six secteurs prioritaires dont le deuxième était la promotion de la santé et le premier la question de l'équité en matière de santé.

En nous inspirant du thème des soins primaires, nous avons visé plus haut en 1984. La théorie et les principes de promotion de la santé ont été définis en se fondant sur les discussions à caractère technique qu'a eues le comité régional de l'OMS pour l'Europe en 1983 et qui ont porté sur les modes de vie et leurs incidences sur la santé. C'est à ce moment que le directeur général, le Dr Halldahm Mahler a été l'instigateur d'un projet spécial de l'OMS relatif à la promotion de la santé. L'objet du projet était de mettre au point une stratégie devant favoriser un débat mondial sur la promotion de la santé. La première étape a pris la forme d'une consultation mondiale à laquelle participaient des représentants de toutes les sections régionales de l'OMS. La deuxième, issue des recommandations de la première, a consisté à tenir la conférence d'Ottawa et à produire une charte. Au cours des préparatifs en vue de la conférence, il est devenu évident que nous étions non seulement en train de concocter un nouveau genre d'éducation sanitaire ou de créer une nouvelle discipline baptisée la "promotion de la santé", mais également véritablement en voie d'effectuer, si l'on peut dire, un RETOUR VERS LE FUTUR.

Nous avons pris conscience que nous commençons à définir le programme de santé publique pour les années 90 et au-delà. La charte que nous avons produite à la conférence de 1986 et à laquelle nous avons donné le sous-titre "Vers une nouvelle santé publique" a confirmé cette perception.

Pourquoi s'intéresser à la santé publique? Pour les Européens, il est sans doute plus facile d'assurer la continuité historique et d'en extraire parallèlement les traditions qui méritent de servir de fondements, c'est-à-dire celles qui présentent un caractère différent et nouveau. En retenant l'expression "nouveau mouvement de santé publique", nous étions déterminés à établir un lien avec les origines de la santé publique dans

l'ensemble de ses interprétations et à susciter ainsi un sentiment d'intégration et de continuité. Les débats constants auxquels on a assisté, souvent pour des raisons de défense de chasses gardées professionnelles, et qui visaient à cerner les différences entre la promotion de la santé, d'une part, et l'éducation sanitaire, les soins primaires et la prévention, d'autre part, ont mis en relief l'importance de procéder ainsi.

En employant le qualificatif "nouveau" nous voulions indiquer au public que la santé publique opérait dans un nouveau contexte qui pourrait déboucher sur un nouveau phénomène, la troisième révolution de la santé publique. L'adjectif "ancien" n'est donc pas employé péjorativement tandis que le mot "nouveau" ne signifie pas que nous avons trouvé toutes les réponses. Permettez-moi encore une fois de citer Milton Terris qui affirmait qu'on estime généralement que le mouvement de la santé public a commencé par un intérêt à l'égard de la prévention des maladies infectieuses qui ne s'est étendu aux maladies non infectieuses qu'au cours des dernières décennies, mais que cette hypothèse simpliste ne résiste pas à l'épreuve de la vérité historique.

LA DÉSAGRÉGATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Au cours d'autres conférences et dans d'autres documents, j'ai résumé ce que je considérais être les phases "modernes" de la santé publique et la transformation de celle-ci d'une préoccupation générale à l'égard des "conditions sanitaires" en un recours aux traitements médicaux fondés sur le modèle des rapports entre la cause et l'effet de la théorie des microbes, puis de ce dernier stade à celui l'accent sur l'épidémiologie du comportement. La santé était désormais considérée en fonction des maladies plutôt que des catégories sociales et elle était rattachée à un système de TRAITEMENTS et de SOINS. Les résultats devaient être évalués au moyen d'instruments rudimentaires axés sur la cause et l'effet plutôt qu'en fonction d'objectifs globaux de promotion de la santé. Même si bon nombre de maladies contemporaines, telles que les maladies cardiaques et le cancer, représentent manifestement un RISQUE pour l'ensemble de la population et si ce risque est étroitement lié aux conditions de vie et aux inégalités sociales, on ne retenait pas moins des solutions individuelles. Le lien avec les TRAITEMENTS et les SOINS a eu un autre effet dévastateur sur la santé publique : l'aide financière au titre de la promotion de la santé et de la prévention des maladies est tributaire des dépenses au titre des TRAITEMENTS et des SOINS. Or, la perception de plus en plus commune est que l'État-providence moderne ne peut plus se permettre de telles dépenses. Donc, si nous n'avons même plus les moyens de nous payer les "régimes de santé" actuels (qui sont des régimes curatifs) comment trouverons-nous les ressources financières pour mettre en oeuvre des politiques relatives aux besoins "additionnels", comme la promotion de la santé, alors qu'en règle générale on ne réussit pas à cerner les nouveaux

risques. Que ces derniers soient d'ordre social (comme la pauvreté et le chômage), médical (comme les maladies cardiaques) ou environnemental (comme les troubles imputables à la pollution), ils sont imperceptibles. Ils ne provoquent aucune file de demandeurs d'indemnités de chômage, ne répandent aucune odeur nauséabonde dans les rues et ne se traduisent par aucune déclaration imputant des maladies à la pauvreté. Ils ont un effet cumulatif. Il est difficile d'en trouver des victimes et il n'existe pas de solutions faciles. La plupart de ces risques sont liés à des problèmes sociaux et environnementaux actuels et futurs qui exigeraient une réorientation des priorités politiques et une certaine audace de la part des hommes politiques.

À première vue, il semble que même si elle est passée à travers diverses étapes de modernisation (c'est d'ailleurs la raison pour laquelle je décris l'ensemble de ces étapes comme "l'ancien mouvement de santé publique"), la santé publique ne s'est pas encore éloignée du modèle de base. Elle s'occupe des problèmes de santé actuels en leur appliquant les théories, les formules et les principes du XIX^e siècle. Jusqu'à maintenant, la santé publique n'a pas tenu compte des modifications au chapitre du facteur de risque dans l'ensemble de la société. Elle s'accroche encore à la médecine, au professionnalisme, à l'individualisme, à la notion des pauvres méritants et non méritants, au principe de causalité axé sur la responsabilité personnelle, et à la conviction que l'homme contrôle la nature.

Au XIX^e siècle, on croyait que la nature devait être contrôlée sans tenir compte de ses caprices. La prospérité des nations a été acquise au grand détriment non seulement des êtres humains, mais également de la situation écologique en générale.

Je dois me contenter de résumer très rapidement l'évolution historique parce que je ne peux me permettre, dans cet exposé, de traiter des différents courants politiques qui ont marqué la santé publique, que ce soit l'utilitarisme de Chadwick, l'effort radical d'Alexandra Kollontai pour établir un régime de santé communautaire fondé sur la collectivité qui a été sapé par la politique communiste officielle touchant la famille, le culte de la santé d'Hitler et ses répercussions ultimes sur l'euthanasie ou les modèles d'État-providence dans "Vienne la Rouge" du début des années 1930 et en Europe. L'histoire politique de la santé publique reste à écrire.

Au départ, il faut être pleinement conscient que les fondements de la santé publique se trouvent sur la scène politique sous forme de réformes sociales et de contrôle social, avec toutes les contradictions que suscitent cette ambivalence.

LES ANNÉES 1990 : LA SANTÉ PUBLIQUE ÉCOLOGIQUE

Quelles seraient donc les premières étapes d'une troisième révolution dans le secteur de la santé publique? Quels indices nous apprennent que nous sommes prêts ou que c'est peut-être notre dernière chance?

En ce moment, nous voyons à non avis l'aboutissement d'une série de changements et de faits nouveaux survenus dans l'ensemble de nos sociétés au cours des dix à vingt dernières années, c'est ce que j'appellerai le "contexte" du nouveau mouvement de santé publique, et de modifications touchant la santé proprement dite qui commencent à porter fruits. Les problèmes sociaux d'aujourd'hui et de demain ont été mis en relief dans le secteur de la santé. Cette dernière est de plus en plus perçue comme un bienfait social commun qu'il faut préserver et pour lequel la société doit être prête à faire des investissements. Nous commençons par dessus tout à nous rendre compte que la santé est indivisible, c'est-à-dire qu'elle représente un bienfait à l'échelle de la planète (ou un bien commun si l'on peut dire) qui transcende les politiques et les frontières nationales. Deux déclarations de principe internationales capitales le confirment.

Il s'agit de la stratégie de 1978 de l'OMS "Santé pour tous d'ici l'an 2000" et du rapport de 1987 de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement qui s'intitule justement "Notre avenir commun". Une décennie complète sépare les deux documents, mais ensemble ils nous permettent de définir les conditions et défis mondiaux en matière de santé, d'environnement et de développement qui constituent le nouveau contexte à l'intérieur duquel doit s'effectuer le débat sur la promotion de la santé.

Encore une fois, le Canada nous a aidé à y voir clair en allant au-delà des soins de santé comme on l'a dit à la conférence de Toronto en 1984. Cette conférence était l'une des premières dans le monde entier à établir un lien entre les nouvelles préoccupations à l'égard de l'écologie, la santé publique et la promotion de la santé. Elle demandait un nouveau genre de politiques de santé publique qui allaient devenir les politiques publiques saines.

La principale différence entre l'ancien et le nouveau mouvement de santé publique réside dans les nouveaux dangers à caractère écologique qui ont surgi dans le monde entier. Il n'existe aucun précédent et aucun problème analogue à ceux qui ont une cause humaine, que ce soit la menace d'une catastrophe nucléaire, d'une destruction de la couche d'ozone, d'une détérioration de ressources naturelles par des produits chimiques ou d'une altération génétique des formes de vie. Les éléments qu'on considérait jadis comme des coûts de production représentent maintenant un danger qui, progressivement et sûrement, détruit les conditions favorables à la santé. Comme Gary Brewer, un

analyste de politiques américaines, le dit si bien, il est maintenant devenu impossible de se débarrasser des produits nocifs. Les océans du Canada et de l'Australie ne suffisent même plus à absorber nos eaux d'égouts.

Le modèle écologique de la santé publique est donc une invitation non seulement à accorder une plus grande attention aux nouveaux problèmes environnementaux et à établir des organismes administratifs assez forts pour s'en occuper (ce qui serait évidemment une première étape logique si nos décideurs se rendaient compte du caractère urgent de la situation), mais également à reconsidérer la santé en fonction d'une formule axée sur les écosystèmes. Dans cette optique, la santé apparaît comme le résultat (théorie élaborée par Gregory Bateson) d'une combinaison de divers facteurs naturels, humains et sociaux. Plutôt que de situer l'être humain à l'extérieur de la nature, cette hypothèse en fait un élément intégral et particulièrement évolué de l'environnement (National Academy of Sciences, 1986). Des démarches écologiques plus poussées visent à comprendre les conditions uniques de la vie sur Terre non seulement par rapport aux espèces, mais également en fonction des contributions à la société qui sont propres à l'être humain : aptitudes, richesse, puissance, bien-être, affection, déférence et rectitude.

Vous nous retrouvons donc aujourd'hui aux prises avec une série de problèmes de santé publique qui ont une portée planétaire et des conséquences précises, dont on ne comprend toujours pas très bien les causes cumulatives et la complexité, qu'on est habituellement incapable de saisir et qui ne constituent pas une priorité politique.

La nouvelle théorie de la santé publique doit donc non seulement relever le défi que pose la réaffirmation des inquiétudes sociales et environnementales cernées au stade des diverses interprétations de l'ancien mouvement de santé publique, mais également le défi de l'évolution de la société que certains analystes jugent aussi fondamental que l'avènement de la société industrielle au XIX^e siècle. L'ancien mouvement de santé publique faisait partie d'une réorganisation majeure du monde. Il a également servi d'instrument à différentes idéologies politiques pour traduire leurs projets de société et il représentait un important investissement social, économique et politique fondé sur un choix politique. Il a fallu 50 ans pour réaliser complètement la vision de John Simon : Essayez d'imaginer ce que pouvait coûter l'installation d'un réseau d'égout dans une ville du XIX^e siècle.

LA SANTÉ PUBLIQUE DANS UNE SOCIÉTÉ DE RISQUE

La sociologie politique européenne donne actuellement lieu à un important débat qui a pour objet de définir les changements auxquels nous assistons. Une des notions les plus intéressantes est celle de la société de risque et les cinq caractéristiques du phénomène constituent un bon point de départ pour comprendre la théorie du nouveau mouvement de santé publique :

1. Les nouveaux risques sont insaisissables et il est souvent impossible de leur trouver une solution. Ils sont découverts accidentellement par des spécialistes et, en réalité, ce sont souvent les connaissances scientifiques et spécialisées qui les produisent et les rendent manifestes. Ils se prêtent très bien à une définition par les mécanismes sociaux, ce qui explique le rôle capital récent des médias et autres organismes et tribunes publics en matière de définition des nouveaux risques pour la santé publique.
2. Les dangers à caractère social et économique ont un effet de boomerang parce qu'à long terme, ceux qui causent les risques et les dangers ne sont pas totalement à l'abri de leurs répercussions. Les nouveaux dangers entraînent de nouvelles inégalités à l'échelle de la planète et font éclater le système des responsabilités nationales.
3. Les risques modernes ont une énorme importance économique, rappelons-nous Bhopal, et les dédommagements peuvent ruiner des entreprises. Les pays en voie de développement se heurtent encore à de nouveaux problèmes et à l'exploitation alors qu'ils ne sont même pas capables de régler les anciennes difficultés.
4. Les possibilités sur le plan politique à l'intérieur d'une société de risque dépendent de la connaissance des risques. Le rôle capital de l'information sur les dangers crée de nouvelles inégalités et établit de nouvelles formes de responsabilité individuelle. Le choix du meilleur détergent peut avoir plus d'incidences sur l'état de santé de l'ensemble de la société que le fait de manger plus de fibres. Les conséquences pour l'éducation sanitaire sont évidentes.
5. Une fois que la société a reconnu les risques, par exemple la disparition des forêts et les discussions relatives à la pâte à papier en Tasmanie, ces risques prennent une nouvelle dimension politique. Des questions qui n'avaient aucun caractère politique en acquièrent un, l'emplacement des entreprises est remis en question, de nouvelles coalitions sont formées, la création d'emplois est opposée aux dommages à l'environnement, et de nouvelles justifications sont proposées. De plus en plus, les politiques publiques et l'administration publique doivent démontrer un intérêt à l'égard de la santé et du bien-être général de la société. Des gens en colère blâment les

responsables de n'avoir pas pris de mesures préventives. De son côté, le public doit lui aussi réfléchir à ses responsabilités et savoir que l'individu ne peut utiliser comme bon lui semble de nombreuses commodités de la vie moderne (par exemple l'eau du robinet) parce qu'il s'agit de "biens communs" que tous doivent protéger. Le modèle de l'État-providence du XIX^e siècle et son financement ne constituent plus une réponse valable aux problèmes individuels, locaux, nationaux et mondiaux auxquels nous nous heurtons. De nouvelles formes de solidarité fondée sur le développement durable doivent s'établir dans nos sociétés. Le slogan des mouvements féministes voulant que les questions personnelles revêtent un caractère politique est encore plus vrai dans un contexte écologique.

LES INTERVENTIONS : la scène internationale

Si ces problèmes existent réellement, comment l'OMS fait-elle progresser les choses, que font les autres pays, et de quelle manière le Canada peut-il s'assurer qu'il demeurera à l'avant-garde?

1. Le conseil exécutif de l'OMS a décidé de soumettre cette année à l'Assemblée mondiale de la santé une proposition visant à réorienter ses priorités mondiales pour les rattacher au rapport Brundtland et à l'idée centrale du "développement durable". Comme le Dr Brundtland le disait dans son discours devant l'assemblée de l'OMS l'an dernier, en réponse aux gens qui se demandaient pourquoi le rapport ne traitait pas davantage de santé, la santé est partout présente dans le rapport. Le projet de promotion de la santé de l'OMS a toujours suivi cette voie. Permettez-moi de récapituler rapidement. Dans le consensus accepté à Ottawa en 1986, les milieux favorables étaient présentés comme l'un des cinq principaux champs d'action et on disait qu'ils reposent sur l'approche écologique : "Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, sur nos communautés et sur notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale". Le schéma de Trevor Hancock pour décrire la santé publique illustre bien ces rapports.

2. Le principe de la promotion de la santé de l'OMS reçoit un accueil de plus en plus considérable dans le monde. Nous savons que, jusqu'à présent, le compte rendu des débats a déjà été traduit en 30 langues et que des millions de copies ont été distribuées. Des programmes et des politiques s'en inspirent et nous planifions en ce moment une étude de ses incidences à l'échelle mondiale. La conférence d'Adelaïde sur les politiques publiques saines, en 1988, a fait ressortir les milieux

favorables comme l'un des quatre principaux points sur lesquels les politiques doivent porter. Il a été dit que le plus grand défi que doivent relever les différentes nations et les organismes internationaux pour établir des politiques publiques saines consiste à favoriser la collaboration (ou à établir des associations) en matière de paix, de droits de la personne, de justice sociale, d'écologie et de développement durable dans le monde entier. On ajoutait que l'Organisation mondiale de la santé a un rôle de premier plan à jouer sur la scène internationale pour que de tels principes soient acceptés et qu'elle doit donner son appui au principe du développement durable. C'est ce que l'organisation mondiale de la santé a fait. La conférence prônait que la priorité soit donnée à l'élaboration conjointe, par les mouvements écologiques et de santé publique, de stratégies favorisant le développement socio-économique et la conservation des ressources limitées de notre planète.

3. Il en est ainsi dans le cadre des préparatifs en vue de la troisième conférence internationale pour la promotion de la santé, qui aura lieu à Sundsvall (Suède) en juin 1991. Les cinq pays nordiques, les organismes d'aide des pays nordiques, la nouvelle division de l'éducation sanitaire et de promotion de la santé de même que la division de l'hygiène du milieu (principal organisme qui s'occupe du développement durable) au siège social de l'OMS, ainsi que les deux pays hôtes des deux premières conférences pour la promotion de la santé, soit le Canada et l'Australie, ont donné leur appui à la conférence.

4. Dans trois semaines, la commission australienne sur l'avenir tiendra en Australie un atelier sur le développement durable et la santé (initiative de Val Browne) qui proposera à l'OMS des articles à inscrire à l'ordre du jour de Sundsvall et à l'Australie des préparatifs en vue de sa participation aux travaux de la commission et du Commonwealth. Un des quatre principaux points sur lesquels porteront les travaux de la commission sont les "politiques saines pour l'avenir" qui seront rendues publiques le 17 mai.

En 1990, le Canada tiendra un atelier semblable sur le développement durable ainsi qu'un atelier international. Des communications sont établies avec des mouvements et des experts qui se préoccupent de l'environnement et on prépare deux ateliers relatifs à la promotion de la santé dans les pays en voie de développement. Ces ateliers donneront lieu à des discussions sur l'écologie et nous souhaitons que l'ACSP participe à fond à l'un d'eux.

DE L'ANALYSE À L'ACTION

1. La conférence de Sundsvall souhaite passer du stade du consensus et de l'analyse à celui du programme d'intervention. Afin de donner suite aux deux principaux éléments des politiques publiques saines mis en relief à Adelaïde, soient l'équité et la responsabilité, nous espérons produire des "cahiers de documentation" décrivant les incidences sur la santé et résumant différentes possibilités dans ce domaine. Ces possibilités feraient l'objet de discussions à la prochaine conférence et aux réunions préparatoires et subséquentes. Elles s'inspireraient toutes du développement durable en matière de santé et tenteraient de définir la signification concrète de ce principe. On a provisoirement défini sept domaines, soit un pour chaque pays nordique, un autre pour le Canada et un dernier pour l'Australie. Ces domaines sont les suivants : l'agriculture, l'énergie, l'environnement, le transport, l'éducation et les sciences, l'habitation et le travail.

Chaque pays se chargerait de rédiger un document de fond et de préparer un cahier de documentation. Il s'efforcerait également d'obtenir un apport des pays en voie de développement à la préparation des cahiers de documentation. On a jugé que cette formule pourrait exploiter les nombreuses demandes des organismes de développement pour faire incorporer la santé au programme général de développement.

La conférence comprendra trois volets :

1. Les programmes de coopération : les cahiers de documentation
2. Les infrastructures de coopération : les modèles à suivre
3. L'infrastructure du nouveau mouvement de santé publique.

Le défi omniprésent consiste à établir des liens entre les anciennes et nouvelles préoccupations, le retour vers le futur et le nouveau programme de santé publique afin de dégager un consensus. La conférence déboucherait sur un accord au sujet d'une démarche commune.

Il est important de répéter que nous devons passer de l'analyse à l'action. C'est pourquoi le titre proposé pour la conférence de Sundsvall convient très bien puisqu'il fait état de l'action en vue d'une nouvelle santé publique.

Le choix est d'autant plus pertinent que les pays en voie de développement se trouvent aux prises simultanément avec les anciens et les nouveaux problèmes de santé publique.

2. Le projet "Vers des villes en santé", mené conjointement avec notre programme d'hygiène du milieu, mériterait certainement de faire l'objet d'un document distinct. Le Canada a également contribué de façon majeure à mettre ce projet en train. Ma visite à Toronto en 1984 et un document portant sur la ville de Toronto en l'an 2000 m'ont fait rêver. Trevor Hancock a adhéré à un groupe de planification du projet de l'OMS et il a contribué à la rédaction de plusieurs documents importants. Le projet englobe maintenant 25 villes (il y en aura bientôt 32) et 12 réseaux nationaux tandis que 200 autres villes, un peu partout dans le monde, ont commencé à s'intéresser à l'idée. Le nouveau directeur général a manifesté un intérêt pour le projet et il a désigné le développement durable dans le secteur de la santé en milieu urbain comme un des principaux champs d'action de l'organisation au cours de son mandat.

Le Canada a également joué un rôle de premier plan au chapitre de la mise en place d'une organisation pour les villes tant au niveau national, par le truchement du Projet canadien des communautés en santé, notamment en collaboration avec l'Institut canadien des urbanistes et la Fédération canadienne des municipalités, qu'au niveau provincial.

"La présence à Rennes d'une forte délégation québécoise en novembre dernier, lors du lancement du réseau francophone de Cités Santé, de même que la récente visite au Québec de M. Eric Giroult, qui est responsable avec moi du projet européen Healthy Cities de l'OMS, nous ont convaincus de la grande vitalité du réseau québécois de Villes et Villages en santé. Plusieurs choses nous ont frappés : la qualité et l'efficacité du centre de coordination; la nature des échanges entre les 14 municipalités qui se sont formellement engagées dans le réseau : l'intégration de municipalités de petite taille; l'importance accordée aux processus de participation communautaire. Les réseaux canadien et québécois nous semblent effectivement les réseaux nationaux ou linguistiques le mieux structurés parmi ceux que nous avons identifiés à travers le monde. Nous trouverions donc particulièrement intéressant que ses expériences soient analysées et évaluées de près, de manière à fournir des "modèles de bonne pratique" que d'autres pays ou ensembles linguistiques pourraient ensuite adapter à leur propre contexte. N'est-ce pas là une excellente occasion pour vos gouvernements de rendre internationalement visible un domaine où, une fois de plus, le Canada se distingue?"

3. J'aimerais également faire état du projet des politiques publiques saines mené de front avec notre programme de politiques de santé (Dr Anna Ritsataleis) et dans le cadre duquel nous cherchons à analyser les mécanismes devant permettre la formulation et la mise en oeuvre de politiques publiques saines (nous avons lu avec soin l'analyse effectuée ici au Canada même si, en tant que politicologue, j'ai été froissée qu'on laisse entendre que les travaux ne reposaient sur aucune base théorique, et j'ai été surprise qu'on en vienne à ces conclusions étant donné que ma formation à l'université s'est effectuée surtout à l'intérieur du courant du structuro-fonctionnalisme, postérieur à l'école de Francfort, et dans le domaine de l'analyse des politiques suivant la tradition Laswell).

Nous invitons également des représentants de nouvelles formes et organisations de promotion de la santé à une réunion qui portera sur les infrastructures pour la promotion de la santé et qui aura lieu à la fin de 1988. Un guide présentant les différentes possibilités sera produit à l'issue de la réunion et nous espérons que des représentants canadiens seront des nôtres. Je crois que Lavada Pinder a déjà accepté de venir.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN TANT QUE DÉMARCHE

Tout en continuant de nous intéresser à l'élaboration de la théorie générale de la promotion de la santé et du nouveau mouvement de santé publique, nous ne ratons aucune occasion d'exploiter les mécanismes politiques qui doivent déboucher sur un engagement à l'égard du nouveau mouvement de santé publique. Le projet "Vers des villes en santé", qui met un accent particulier sur les engagements politiques concrets touchant la promotion de la santé, contribue grandement à faire ressortir ces mécanismes, mais nous avons besoin de plus d'aide encore pour les analyser en profondeur et les comparer.

Avant que je n'aborde les points communs et les projets d'intervention dans ce contexte, permettez-moi d'expliquer certains principes généraux de développement. Les gens qui s'occupent de santé publique et de promotion de la santé ont tendance à n'accorder qu'une importance secondaire à la démarche et à sous-estimer le temps nécessaire pour établir de nouvelles orientations. Cinquante années se sont écoulées entre la présentation des premières propositions touchant un éventail de mesures sanitaires et leur mise en oeuvre généralisée par John Simon. Il a fallu environ 30 ans pour découvrir les liens entre la cigarette et le cancer et pour obtenir un consensus de la majorité afin de lutter contre le tabagisme. La capacité de définir, c'est-à-dire l'aptitude concrète à cerner un problème et à dégager un consensus au sein de la société, est difficilement acquise et elle évolue à travers différents stades de rhétorique. Soyons toutefois honnêtes, personne n'aurait pu prévoir ou imaginer, il y a cinq ans seulement, les questions de

santé publique dont nous discutons actuellement dans le monde entier. Il faut donc éviter de négliger la rhétorique, mais être prêts à proposer des actions précises (proactives) lorsque vient le moment et que la possibilité se présente. À l'instar de ce qui se passe au Canada, la politique, les ministres et les principales questions sociales changent constamment et les difficultés à l'égard desquelles des interventions s'imposent ne cessent d'augmenter. Il faut toutefois éviter encore une fois de se limiter au secteur de la santé. La santé publique doit devenir sensible aux conditions sociales et aux circonstances générales. Les deux principales questions qui préoccupent les sociétés les plus industrialisées à l'heure actuelle ont été imposées par les électeurs. Les hommes politiques de tous les partis réagissent et on a même vu une dame de fer se transformer en championne de l'environnement. Ces deux questions principales sont :

L'ENVIRONNEMENT ET LE VIEILLISSEMENT.

Les deux ont de vastes répercussions sur le nouveau débat relatif à la santé publique et nous écoutons attentivement ce que les défenseurs des deux mouvements ont à dire. En Australie-Occidentale, un parti des personnes âgées a obtenu 10 p. 100 des votes, mais un représentant de la santé publique s'y est-il rendu pour discuter de la stratégie en matière de santé?

Au Canada, 9 citoyens sur 10 souhaitent qu'on consacre plus d'argent à l'environnement. Où prendrons-nous ces ressources? En puisant dans les programmes actuels, en imposant des taxes sur le tabac, l'alcool et la pollution? Il faudra faire preuve d'une certaine créativité et il y a lieu de se demander si elle ne doit pas émaner du milieu de la santé publique.

Permettez-moi de vous rappeler que les trois nouvelles aptitudes en matière de santé publique mises en relief dans la Charte d'Ottawa consistaient à

- promouvoir l'idée
- conférer les moyens
- servir de médiateur

et non à établir un nouvel empire de la santé publique.

La principale tâche nous oblige à trouver les moyens d'intégrer les questions écologiques et sociales au programme politique des années 1990.

LES TROIS PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE

Par conséquent, vous me permettrez de souligner les trois éléments communs indispensables pour élaborer des stratégies de mise en oeuvre des politiques publiques saines et faire en sorte que la santé, sa promotion, sa prévention et sa protection constituent une priorité pour les décideurs politiques. Ces trois éléments sont les suivants :

- . des citoyens renseignés
- . la mobilisation de groupes de pression
- . des points de contact à l'intérieur du réseau.

Ces trois éléments sont intimement liés et interdépendants si l'on considère la formulation de politiques comme un processus d'interaction qui influe sur la société et est influencé par elle. Le projet "Santé pour tous" se traduit par l'établissement de nouvelles orientations en Europe tandis que le projet "Vers des villes en santé" nous montre à quel point la démarche est dynamique et imprévisible, le grand nombre d'intervenants dont il faut tenir compte et les compromis ainsi que les négociations que comporte cette démarche.

1. Des citoyens renseignés : redéfinir les grandes questions.

Il est essentiel que le grand public commence à comprendre que le débat relatif à la santé va au-delà des soins de santé et que ce débat a tendance à se dérouler (le rôle des médias à cet égard est capital) en faisant abstraction du modèle du déficit (qui considère toutes les ressources financières investies dans la santé comme des dépenses) pour considérer plutôt la santé comme un BIEN COMMUN qui constitue une richesse pour une société durable.

Un bien commun exige des investissements à caractère social non seulement sous forme de ressources financières, mais également d'un engagement solide de la part du public et de l'acceptation de responsabilités par celui-ci. Une question fondamentale qui se pose est donc celle des réseaux destinés à renseigner le public sur la santé (par exemple la pollution) et des mécanismes de responsabilité retenus à l'égard des questions de santé. Ce phénomène se manifeste à tous les niveaux, soit national, provincial et local, ainsi que dans les entreprises et l'administration publique.

Le projet "Vers des villes en santé", par exemple, fait appel à un consensus de tous les membres du conseil municipal. La décision que reflètent les énoncés de principe du ministre Epp visant à étendre la discussion à l'ensemble du pays, et l'appui sans réserve donné par l'ACSP au débat sont d'autres exemples pertinents. Il y a également les exemples de l'élargissement des programmes de santé communautaire par l'ACSP et, évidemment, du projet des communautés en santé.

2. La mobilisation de groupes de pression : la transformation de l'intérêt en stratégie. Deux stratégies méritent qu'on s'y arrête.

. La première consisterait à créer un groupe de pression stable et solide pour défendre le nouveau mouvement de la santé publique ou une coalition de la santé publique qui réunirait, aux fins d'une intervention concertée, les nombreux projets distincts dans le secteur de la santé et les rattacherait aux groupes chargés de faire valoir des points de vue généraux relatifs à l'environnement et à l'écologie (Sundsvall constitue un de nos efforts).

. Deuxièmement, il ne faut pas négliger les circonstances spéciales entourant certaines questions (par exemple, le débat sur le moulin de pâte à papier en Tasmanie dans le cadre duquel 100 médecins se sont prononcés sur les incidences possibles sur la santé).

La défense de la santé publique a toujours trois principales cibles :

- . le grand public pour obtenir son appui
- . les décideurs à l'intérieur du système
- . les facteurs horizontaux pour produire de nouvelles ressources.

Pour cette raison, il faudra explorer de nouvelles voies et de nouvelles techniques. Il importe de redéfinir les éléments de la santé sans se limiter aux soins de santé. On doit encourager les entreprises à voir la santé comme un aspect de son intérêt à l'égard de la société (parce que les questions de santé déterminent de plus en plus l'emplacement des industries et que c'est une des raisons qui expliquent la popularité du projet "Vers des villes en santé").

L'ACSP et le projet des communautés en santé pourraient grandement favoriser l'établissement d'une telle "coalition", surtout si celle-ci regroupe les gens qui s'intéressent aux questions écologiques.

Les groupes de pression devront non seulement cerner de nouveaux problèmes et les rendre publics, mais également repenser les systèmes et infrastructures fondés sur le modèle du déficit. Il faudra établir des réseaux officiels de sources de stimulation et d'aide qui entraîneront l'établissement et le renforcement de réseaux non officiels de sources de stimulation et d'aide qui, en échange, réduiront la nécessité d'un recours aux réseaux officiels (de préférence au niveau de la collectivité).

Par ailleurs, lorsqu'on parle de défendre des causes, il importe de se rappeler que les causes et les tendances changent.

Les années 1960 et 1970 : élargissement des interventions gouvernementales dans le secteur social.

Les années 1980 : moins d'interventions gouvernementales et moins de dépenses.

Les années 1990 : émergence de phénomènes nouveaux?

Par conséquent, quelles doivent être les modalités d'établissement de "points de contact dans le réseau"?

3. Les points de contact à l'intérieur du réseau : les grandes questions et les solutions

Les groupes de pression et les coalitions de santé publique doivent participer aux séances d'information organisées constamment à l'intention des alliés politiques potentiels pour traiter de l'ensemble des questions relatives à la santé. Cette formule servira à établir vraiment un nouveau programme d'intervention dans le secteur de la santé et à s'éloigner finalement du modèle de réactions.

On doit effectuer plus délibérément une analyse des luttes politiques que suscitent la santé et surtout l'absence de décisions. Il faudra rattacher les nouvelles préoccupations concernant l'environnement au débat et au budget de la santé. Les défenseurs de la santé doivent acquérir de nouvelles compétences et aptitudes, notamment au sujet de la plupart des cas dans lesquels il y a absence de décisions, de la place dans le processus budgétaire et des nouvelles formes de financement que le régime fiscal peut rendre possible.

Les champs d'action initiaux pourraient être les suivants et je vous demande de déterminer lesquels sont valables pour le Canada :

1. Inciter d'éminents représentants de tous les horizons politiques à adhérer à la coalition de la santé.
2. Renforcer les infrastructures de promotion de la santé aux niveaux fédéral et provincial (par exemple au pays de Galles).
3. Créer des comités intersectoriels de la santé présidés, si possible, par une personne réputée dans un autre secteur que celui de la santé.
4. Mettre en place des mécanismes de communication directe avec les principaux décideurs et les membres des cabinets (au Sri Lanka et dans certains pays en voie de développement).
5. Établir des instruments de responsabilité publique, notamment des rapports annuels sur les incidences en matière de santé.

6. Créer une série d'incitations financières du gouvernement fédéral pour favoriser la promotion de la santé et la mise en valeur du nouveau mouvement de santé publique dans les provinces et mettre en relief l'investissement social que constitue la santé (il existe des exemples touchant l'assurance-maladie, l'assurance-hospitalisation et la construction d'installations).
7. Définir les principaux sujets de discussions, notamment les régimes de santé, parce que cette démarche contribuera à redéfinir le programme.
8. Fixer des objectifs budgétaires : je propose qu'en 1995, 25 p. 100 du budget de santé soit consacré à la promotion de la santé (le nouvel ouvrage "Second opinion" a calculé des chiffres analogues).
9. Mettre sur pied des centres qui s'occuperont manifestement de formation et de recherche relatives à la promotion de la santé, établir des chaires de promotion de la santé et favoriser la nouvelle santé publique aux universités. Organiser, dans l'ensemble du pays, des colloques qui s'inspireront de l'école d'été d'Edmonton en Alberta (des activités sont orientées en ce sens partout en Europe).
10. Établir de nouvelles associations pour des projets touchant la santé. Ces associations comporteront des subventions équivalentes de la part des gouvernements fédéral et provinciaux, des organismes non gouvernementaux et de l'entreprise privée (les entreprises communautaires et la section de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe sont en voie de mettre sur pied un groupe commercial pour la défense de la santé).
11. Élaborer des stratégies de promotion de la santé liées à l'impôt sur le revenu auquel sont assujetties les industries qui fabriquent des produits nocifs et qui polluent (par exemple Victoria et SA en Australie, 27 millions de dollars).
12. Élargir l'intérêt de la collectivité pour les orientations par le truchement des projets communautaires déjà mentionnés (par exemple, "Vers des villes en santé").
13. Verser des subventions pour la production d'études et de documents relatifs aux incidences sur la santé et la formulation de politiques publiques saines.

La promotion, la protection et le maintien de la santé exigent la conception de nouveaux systèmes et de nouvelles infrastructures. Le défi à relever est aussi grand que celui qui se posait lorsqu'il a fallu mettre en place les structures de l'ancien régime de santé publique au XIX^e siècle. Imaginez un peu ce qu'a coûté la construction des réseaux d'égouts à Londres ou à Liverpool ou le coût politique de l'établissement d'une assurance-sociale à l'époque de Bismarck.

LES NOUVELLES ORIENTATIONS DES POLITIQUES DE SANTÉ

Le Canada se situe toujours à l'avant-garde parce qu'il a systématiquement donné suite à son engagement en matière de promotion de la santé et parce qu'il a constamment appuyé le projet de promotion de la santé de l'OMS.

Les trois principaux défis cernés dans le document du ministre Epp demeurent et des projets d'intervention sans équivoque à cet égard devront être formulés. Toutefois, certains des 13 points énumérés pourraient susciter d'autres idées, car un engagement financier concret en ce sens est rendu nécessaire par les dangers écologiques accrus. Il nous faudra des chefs de file et ils ne proviendront pas nécessairement du secteur de la santé.

Milton Roemer a récemment fait état du besoin de nouveaux chefs de file en matière de santé publique, de nouveaux généralistes qui pourront se rendre compte de l'énorme variété de problèmes influant sur la santé des populations et du vaste éventail de stratégies indispensables pour assurer la santé et prévenir les maladies ou encore faciliter le traitement lorsque la prévention a échoué. Il va même jusqu'à réclamer un nouveau doctorat en santé publique qui serait équivalent au doctorat en médecine.

La force de la promotion de la santé et du nouveau mouvement de santé publique se trouve là. Green et Raeburn ont attiré l'attention sur le fait que la promotion de la santé est l'un des premiers et des rares volets de la santé (avec la santé publique) qui a vraiment un caractère interdisciplinaire et qui est réellement dissociée de la médecine.

Cet état de choses présente des possibilités et des défis historiques énormes. La promotion de la santé réussira peut-être à débloquer l'impasse dans laquelle se trouve le débat sur les politiques de la santé qui est axé essentiellement sur les soins médicaux et, la prépondérance du fournisseur. Elle doit élargir le débat en redéfinissant les dépenses au titre de la santé. Pour cette raison, la promotion de la santé peut sembler attrayante aux hommes politiques et prendre la forme d'un investissement à caractère social ou écologique pour l'avenir.

Nous savons depuis longtemps que la promotion de la santé est couronnée de succès et qu'elle est rentable.

- L'ancien mouvement de santé publique et ses résultats à long terme l'ont prouvé.

- Cette constatation se dégage des changements généraux au chapitre de notre attitude à l'égard de la santé, de notre réaction à l'étude sur l'obésité et de notre choix d'aliments, surtout encore dans la classe moyenne, mais c'est ainsi que le mouvement axé sur l'hygiène est né aux XIX^e et XX^e siècles.

- Les projets d'intervention à long terme, ainsi que les projets tels que Heartbeat Wales qui n'existent que depuis quelques années, l'ont également démontré. Ils témoignent d'un succès retentissant et prouvent qu'on obtient les meilleurs résultats en sortant du secteur de la santé, en suscitant un profond intérêt dans la société, en provoquant un grand débat dans les médias, en rattachant la question aux programmes politiques et à l'identité culturelle, et en obtenant le concours des entreprises et des organismes non gouvernementaux.

Il incombe maintenant au régime médical de nous prouver, en énumérant des avantages précis, qu'il n'a pas absorbé en vain 99 p. 100 du budget de la santé.

La santé ne peut être définie scientifiquement et uniformément, même si des efforts en ce sens ont déjà été faits et le sont encore. La définition de la santé est toujours teintée de connotations sociales et culturelles qui débordent le sens médical (dans une large mesure, cette constatation est également valable pour les maladies) et nous devons prendre garde de ne pas nous y tromper. La santé est devenue ou peut devenir une métaphore pour les questions politiques et culturelles qui établit un lien entre l'intérêt à l'égard de l'environnement, des gens, des individus, des groupes sociaux et les conditions sociales et physiques.

Le nouveau mouvement de santé publique va plus loin. Il est de plus en plus étroitement lié à la justice sociale. Sous l'angle de la justification des politiques, il est évident que les citoyens commencent à revendiquer le droit à la santé et non seulement un droit à des services médicaux. Ils estiment que ce droit est indivisible et qu'on en retrouve une expression dans les différents niveaux de qualité de l'environnement. Le phénomène est intéressant étant donné que les sociétés

industrielles modernes jugent toujours acceptables d'autres formes d'injustices. (Mentionnons, par exemple, la pauvreté ancienne et nouvelle, tant devant notre porte que dans le reste du monde, et le chômage). Peut-être est-ce parce que la médecine nous a convaincus que la santé et les maladies faisaient abstraction des catégories sociales que le citoyens s'attendent maintenant à ce que l'État-providence leur assure la santé, protège celle-ci et leur donne des traitements et des soins convenables. Il s'agit là d'une évolution incroyable de la façon de penser au cours des 50 dernières années. Les problèmes de justification auxquels se heurtent les administrations qui s'occupent de santé publique sont énormes et ils doivent être réglés de toute urgence.

L'élargissement du débat sur la santé au sein de la société a des conséquences majeures pour les professionnels et les experts. Si l'on ne peut faire confiance aux experts et aux hommes politiques pour nous garantir un bon état de santé, le débat sur la participation prend une nouvelle dimension. La participation dans le secteur de la santé n'exige pas, comme on essaie toujours de nous en convaincre, que nous nous prononcions sur des questions à l'égard desquelles, dit-on, seuls les professionnels sont en mesure de prendre une décision en notre nom, par exemple, au sujet de la meilleure méthode d'accouchement. La participation en matière de santé signifie plutôt que nous décidons quelles dispositions seront prises, surtout par la collectivité, pour prévenir les maladies et favoriser la promotion de la santé. Le qualificatif "public" ne désigne plus uniquement la responsabilité des administrations publiques à l'égard de la santé, mais également la participation du public dans le secteur de la santé (tant comme producteur que comme client) ainsi que de nouvelles formes de responsabilité publique touchant la santé.

La plupart des décideurs d'aujourd'hui seront morts avant que la planète ne subisse dans toute leur ampleur les conséquences des pluies acides, du réchauffement, de la destruction de la couche d'ozone, de la désertification généralisée et de la disparition d'espèces. La plupart des jeunes électeurs d'aujourd'hui seront encore vivants (Rapport Brundtland).

J'espère que mon fils, qui a 5 ans, sera encore vivant. Pour ma part, j'aimerais être devenue, à ce moment-là, une vieille petite dame active qui fera partie de la coalition du troisième âge pour la défense de l'environnement. Je fais le vœu que nous soyons encore tous de ce monde pour profiter d'un meilleur avenir.

16438

